

**VANESSA FERREIRA CAMPOS**

**A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NECESSÁRIA AO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO PARA INDIVÍDUOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de Medicina  
para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**SÃO PAULO  
2008**

**VANESSA FERREIRA CAMPOS**

**A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NECESSÁRIA AO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO PARA INDIVÍDUOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São  
Paulo – Escola Paulista de Medicina para  
obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Orientadora:** Profa. Dra. Otília M. L. B. Seiffert

**SÃO PAULO  
2008**

Campos, Ferreira Vanessa

**A qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais.**/ Vanessa Ferreira Campos. – São Paulo, 2008.  
ix, 74f.

Tese (Mestrado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.  
Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: The qualification required to dental care for persons with special needs.

1. Educação em Saúde. 2. Educação em Odontologia. 3. Qualificação profissional em Odontologia. 4. Pacientes com necessidades especiais: Tratamento odontológico.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**  
**CEDESS**

**Diretora do CEDESS:**

Prof. Dra. Maria Cecília Sonzogno

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação:**

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**VANESSA FERREIRA CAMPOS**

**A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NECESSÁRIA AO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO PARA INDIVÍDUOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**Presidente da Banca:** Profa. Dra. Otília Maria Lúcia Barbosa Seiffert

**Banca Examinadora**

**Profa. Dra. Gisele Maria Campos Fabri** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno** \_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Maria Teresa Botti Rodrigues dos Santos** \_\_\_\_\_

Data da aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a DEUS pela oportunidade da VIDA;

À minha preciosa família, amigos, e noivo que ampararam com todo AMOR o meu trabalho, e que de alguma forma fizeram parte da minha jornada profissional, acadêmica e pessoal, ajudando, orientando e iluminando meu caminho para que eu pudesse vencer os obstáculos;

Aos meus pacientes que todos os dias têm me ensinado a vencer meus PRECONCEITOS, a ser HUMILDE, a AMAR e a RESPEITAR todos dentro dos seus limites e potencialidades;

Agradeço minha querida orientadora pela confiança e paciência;

Agradeço também aos responsáveis do HCFMUSP que permitiram o levantamento de dados dentro da instituição;

E a todos que, de forma direta ou indireta, diariamente me ensinaram e me estimularam a buscar o aperfeiçoamento pessoal e espiritual guiando a minha existência;

Esta tese foi escrita com o amor de muitas almas queridas, entre elas os aprimorandos do Curso de Odontologia Hospitalar do HCFMUSP, que compartilharam da nossa jornada, participando da nossa pesquisa.

### ***Deficiências***

**“Deficiente”** é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive sem ter consciência de que é dono do seu destino.

**“Louco”** é quem não procura ser feliz com o que possui.

**“Cego”** é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só têm olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

**“Surdo”** é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

**“Mudo”** é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

**“Paralítico”** é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

**“Diabético”** é quem não consegue ser doce.

**“Anão”** é quem não sabe deixar o amor crescer.

E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

**“Miseráveis”** são todos que não conseguem falar com Deus.

***Renata Villela – década de 1990***

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
2.1 Objetivo Geral.....	6
2.2 Objetivos Específicos.....	6
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO E ANÁLISE DE DOCUMENTOS.....</b>	<b>7</b>
3.1 A Odontologia e sua prática.....	8
3.2 A trajetória dos cursos de odontologia.....	14
3.3 Odontologia para pacientes com necessidades especiais.....	18
3.4 Pacientes com necessidades especiais.....	24
3.5 Inclusão Social .....	26
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
<b>5. RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>36</b>
5.1 Perfil dos participantes.....	37
5.2 O ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais.....	40
5.3 A qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais.....	51
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>57</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>64</b>



## RESUMO

A odontologia para pacientes ou indivíduos com necessidades especiais é uma especialidade odontológica recém-reconhecida e regulamentada pela Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas e Conselho Federal de Odontologia, que busca oferecer atendimento odontológico a todo indivíduo que apresenta desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica (sistêmica), emocional e/ou social e que, por isso, necessita de cuidados especiais por uma parte de sua vida ou por toda ela. Esse atendimento é extremamente exigente e requer não só o conhecimento de procedimentos e técnicas, mas também uma abordagem psicossocial e clínica do paciente.

Este trabalho objetiva mapear aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação do cirurgião-dentista no tocante ao atendimento odontológico a indivíduos com necessidades especiais e identificar os espaços e momentos que o ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais ocupa na proposta curricular dos cursos de graduação em odontologia com base na ótica de cirurgiões-dentistas egressos de diferentes cursos de odontologia. Nesse sentido, buscou-se identificar qual a qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais no âmbito das políticas da educação e saúde. O percurso metodológico incluiu uma revisão de literatura sistemática sobre a temática em foco e análise documental. Os dados foram obtidos por meio de questionário com assertivas relacionadas com a temática pesquisada e análise do grau de concordância e/ou discordância, que foram quantificados, tabulados e dispostos em gráficos, além da descrição do material qualitativo. Os resultados apontam para a importância e a necessidade de uma maior aproximação dos graduandos em odontologia no que se refere aos indivíduos com necessidades especiais. É pelo conhecimento que conseguiremos desmistificar e diminuir os preconceitos adquiridos durante a nossa formação a tudo aquilo que foge ao padrão de normalidade.

**PALAVRAS-CHAVES:** Educação em saúde, Pacientes com necessidades especiais, Tratamento odontológico, Educação em Odontologia e Serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

The dentistry for patients or individuals with special needs is a specialty dental newly recognized and regulated by the National Assembly of Dental Specialties and Federal Council of Dentistry, which seeks offer dental care at any individual who presents deviations in the pattern of normality of their condition, mental, organic (systemic), emotional and / or social and, hence, requires special care of a part of your life or across it.

This service is extremely demanding and requires not only knowledge of procedures and techniques, but also a psychosocial and clinical approach of the patient. This work aims to map facilitators and dificultadores aspects of the process of training the surgeon-dentist with regard to dental care to individuals with special needs and identify the spaces and moments that the teaching of dentistry for patients with special needs in the proposed curriculum occupies the courses for graduation in dentistry based on optical-surgeons, dentists egressos of different courses of dentistry. In that sense, trying to identify what the professional qualification required for the dental care for individuals with special needs in the policies of education and health. The route methodology included a systematic review of literature on the subject in focus and documentary analysis. The data were obtained through a questionnaire with assertions related to the topic searched and analysis of the degree of agreement and / or disagreement, which were quantified, tabulated and arranged in graphics, beyond the description of the material quality.

The results point to the importance and need for greater approximation of graduating in dentistry in relation to individuals with special needs. It is the knowledge we can demystify and reduce the prejudices acquired during our training at everything that beyond the standard of normality.

**KEYWORDS:** Health education, patients with special needs, dental treatment, education in dentistry and health services.

*Educação é o que resta depois de ter esquecido tudo o que se aprendeu na escola.*

*(Albert Einstein)*

## **1. INTRODUÇÃO**

---

Propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 1980, com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, essa discussão ganhou especial relevância quando o Ministério da Saúde chamou para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do SUS.

A formação de profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença da população e também a intervenção sobre seus condicionantes. A fragmentação do conhecimento que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe à mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para construção da integralidade da assistência (FEUERWERKER, 1998).

A mudança de paradigma assistencial em saúde tem refletido, dentro de nossa comunidade e à luz das políticas públicas, a inclusão dos indivíduos com necessidades especiais, na tentativa de sensibilizar e conscientizar a todos os setores da sociedade sobre a importância da visão inclusiva e da universalização de toda população do acesso ao nosso sistema de saúde. Cada vez mais observamos a necessidade da capacitação de profissionais da área da saúde ao atendimento a indivíduos com necessidades especiais, que ainda vêm seu atendimento dificultado pela falta de locais adequados e do preparo dos profissionais.

Para Faustino et al. (2003), essa mudança está relacionada à formação e ao preparo dos profissionais para um agir eficaz, que não se limita à aquisição de conhecimentos, mas resulta da interação com o contexto social, buscando o desenvolvimento de competências estruturadas na ação.

O primeiro contato com a Odontologia para pacientes com necessidades especiais foi em minha pós-graduação *lato-sensu* em Odontologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP no ano de 1999. Desde então, minha prática clínica e acadêmica está direcionada a esta recém-reconhecida especialidade.

Tive a oportunidade de observar, ao longo dos nove anos de trabalho, as dificuldades que os cirurgiões-dentistas encontravam no atendimento odontológico aos indivíduos com necessidades especiais: posicionamento do paciente à cadeira odontológica, falta de conhecimento sobre diversos tipos de doenças clínicas e medicações em uso regular por esses pacientes para

tratamentos de suas doenças, e sua relação com a abordagem odontológica, entre tantas outras limitações.

Dados recentes da Organização Pan-Americana da Saúde OPAS (2006) evidenciam que o número de indivíduos que necessitam de cuidados especiais tem aumentado significativamente em decorrência da evolução dos tratamentos médicos, resultando um aumento na sobrevivência desses pacientes. Em contrapartida a esse dado, o aumento do número de acidentes de trânsito, violência, alimentação inadequada, stress, sedentarismo, aumento do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, também tem favorecido o crescimento de seqüelas deixadas pelo estilo de vida e violência urbana, contribuindo por agregar mais indivíduos com necessidades especiais.

A falta de uma estrutura política econômica, de maneira a reduzir o número de desigualdades sociais, e as mazelas deixadas por estas, também favorece o aumento de doenças em decorrência da desnutrição, falta de saneamento básico, falta de programas de promoção de saúde e uma carência na oferta de atendimento médico e odontológico de qualidade. Já, quanto ao atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, o comprometimento clínico, os problemas sociais de nosso país e as dificuldades em conseguir tratamento odontológico adequado, muitas vezes por falta de preparo profissional, resultam no agravamento dos problemas bucais e conseqüentemente na qualidade de vida desses pacientes.

É necessário, portanto, que o cirurgião-dentista esteja preparado para oferecer atendimento odontológico a essa parcela da população, tão carente e discriminada. Conseqüentemente, o curso de graduação em odontologia pode e deve constituir-se em um espaço de aprendizagem para se iniciar essa formação e a conscientização sóciopolítica.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia (2002), definem princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de cirurgiões-dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior e deixam claro quais são os conhecimentos requeridos para a formação do cirurgião-dentista.

Apesar de estar evidente a importância e a necessidade da capacitação de cirurgiões-dentistas no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais ainda encontramos pouca adesão por parte das instituições de ensino superior para abordar o assunto.

Vários estudos na literatura clamam por reformas no ensino e chamam a atenção para o compromisso social das escolas que envolvem a formação de médicos, enfermeiros e odontólogos, em relação à saúde da população. As mudanças destacadas se referem ao bem-estar coletivo, uma vez que as ações individuais não estão necessariamente vinculadas aos interesses da comunidade ou, ainda, na formação de um profissional capaz de atender às necessidades de saúde da população (PAIM, 1994; FEUERWERKWER, 1998; ALMEIDA, 2003).

Faz-se necessário refletir sobre a formação e sobre o perfil desejado aos profissionais da saúde, não com enfoque apenas em conhecimentos que devem ser adquiridos de forma técnica e especializados, mas, principalmente, nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população e com a consciência da responsabilidade social.

Ao se considerar esses aspectos que envolvem a prática do odontólogo, inúmeros questionamentos emergem sobre o processo de formação. Entre esses, destacam-se inquietações sobre a qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais.

Nesse sentido, consideramos nesta pesquisa as seguintes questões norteadoras:

*Quais competências são necessárias para o atendimento odontológico aos indivíduos com necessidades especiais?*

*Quais espaços e momentos que o ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais ocupa na proposta curricular dos cursos de graduação em odontologia?*

*Qual a importância desse ensino na ótica de cirurgiões-dentistas egressos de diferentes cursos de odontologia?*

A intenção de buscar respostas a esses questionamentos tem o objetivo de chamar a atenção da classe odontológica sobre a importância do atendimento que busca a melhora da saúde bucal, contribuindo para a melhora da saúde sistêmica para proporcionar uma boa qualidade de vida.

Nessa perspectiva, é desejável que o cirurgião-dentista tenha um perfil generalista e problematizador e que seja preparado para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, visando à integralidade da atenção e ao enfrentamento efetivo dos problemas de saúde observados na prática profissional.

*O homem deve criar as oportunidades e não somente encontrá-las.*

*(Francis Bacon)*

## **2. OBJETIVOS**

---

## **2.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar e analisar quais qualificações são necessárias para o atendimento odontológico a indivíduos com necessidades especiais com base na ótica de cirurgiões-dentistas recém-formados de diferentes cursos de odontologia.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Apreender o significado atribuído ao ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais para o exercício do odontólogo;

Identificar espaços e momentos que o ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais ocupa em cursos de graduação em odontologia;

Mapear aspectos facilitadores e dificultadores do processo de formação do cirurgião-dentista, no tocante ao atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais.



*Felicidade é a certeza de que a nossa vida não  
está se passando inutilmente.  
(Érico Veríssimo).*

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO E ANÁLISE DE DOCUMENTOS**

Seria muito pretensioso pensar em resgatar toda a história da prática da Odontologia abordando todos os seus acontecimentos e colocá-la, resumidamente, neste eixo de sustentação teórica. Assim sendo, a revisão histórica literária e a análise de documentos apresentadas neste capítulo visam contextualizar essa prática, pontuando alguns fatos em sua evolução, embasando e colaborando no apontamento de tendências desta atividade, enfocando finalmente a relação com a formação profissional no que se refere à capacitação dos cirurgiões-dentistas egressos no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais.

Buscamos complementar com o referencial teórico os aspectos pertinentes sobre as dificuldades e barreiras encontradas pelos cirurgiões-dentistas, durante o ensino e o aprendizado, nos cursos de graduação, além de pontuar pela revisão as competências necessárias para a prática da odontologia para pacientes com necessidades especiais em tempos de inclusão social.

### **3.1 A ODONTOLOGIA E SUA PRÁTICA**

Em 1882, inicia-se a formalização do ensino da Odontologia no Brasil, com a criação dos Laboratórios de Cirurgia e Prótese Dentárias nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Finalmente, em 25 de outubro de 1884, pela reforma do então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Visconde de Sabóia, ocorreu a oficialização do ensino de Odontologia, pelo Decreto nº 9311 do Governo Imperial. Apenas como marco histórico, cabe afirmar que o primeiro curso de odontologia do mundo foi o da Faculdade de Odontologia de Baltimore (*Baltimore Dental College*) nos Estados Unidos (SALLES CUNHA, 1931).

Em 1900, o pai da Odontologia Brasileira, Augusto Coelho e Souza, publica o Manual Odontológico, que serviu de base para a formação de milhares de cirurgiões-dentistas. Coelho e Souza defendeu a classe profissional e foi de grande importância para a representação do Brasil em congressos no exterior. Exerceu grande influência para a odontologia no país, sendo merecedor até de um capítulo especial na história da odontologia de nosso país.

O ensino odontológico no Brasil e na América Latina em geral pode ser caracterizado por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística. A fase artesanal, desenvolvida nos primeiros centros formadores, preocupava-se com a estética. A fase acadêmica foi assinalada pela implantação formal das primeiras Faculdades de Odontologia e, depois, pelo reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. Nas últimas décadas do século XX,

surgiram as preocupações de introdução das matérias da área de humanidades no currículo odontológico.

No ano de 1908, a Fundação Carnegie autorizou e financiou um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos, liderado pelo Doutor Abraham Flexner que, em 1910, produziu o conhecido Relatório Flexner, considerado um marco inicial para a reformulação do ensino em medicina e conseqüentemente em saúde. (WHO, 2002).

Os pressupostos de reconstrução para um novo modelo de ensino médico são sustentados por alguns fatos importantes revelados no relatório, como: 1- nos últimos 25 anos, antes de 1910, muitos profissionais se formaram sem preparo para a prática médica; 2- muitas escolas médicas eram “comerciais” e apresentavam métodos duvidosos; 3- havia pouco ou nenhum investimento em estrutura laboratorial; 4- as escolas médicas pobres (sem infra-estrutura) eram defendidas por serem consideradas como espaços destinados à formação de um público economicamente menos favorável, porém nenhum aluno pobre tem o direito de ser submetido a uma profissão, cuja preparação para ela foi inadequada; 5- um hospital-escola é tão necessário para uma escola médica quanto os laboratórios de química e patologia (WHO, 2002).

O professor de Bioquímica, Doutor William Gies (1926), considerando o ensino e a prática odontológica como mecânicos, empíricos, comerciais, reparativos e isolados de outras disciplinas, propôs uma série de mudanças em um documento conhecido como Relatório Gies. Nele, Gies manifesta seu desejo que as Faculdades de Odontologia fizessem parte das Universidades com o mesmo “peso” das de Medicina, incluído o aumento do número de professores com dedicação exclusiva, a melhoria do ensino de graduação e a elevação da Odontologia à Ciência (DONOFF, 2002).

O Doutor Gies iniciou seu estudo sobre a relação entre Bioquímica e Odontologia em 1909, explorando os mecanismos da cárie e da doença periodontal. Em 1926, a escolha de William Gies pela Fundação Carnegie para escrever o Relatório deveu-se ao seu comprometimento com o Ensino e a Odontologia e pelo conhecimento adquirido após visita e críticas a todas as Faculdades de Odontologia dos Estados Unidos e Canadá. Conforme o exposto, ele acreditava que o ensino para o aluno de Odontologia deveria equivaler ao ensino para o aluno de Medicina, enfocando o preparo e a formação de cirurgiões-dentistas para uma prática generalista. Até hoje, muitos o consideram como o maior incentivador da criação das Faculdades de Odontologia (DOUGHERTY, 2003).

Brown, Meski (2003) comentavam que, com a disseminação das recomendações contidas no Relatório Gies, houve um significativo aumento no custo do processo educacional em Odontologia, devido a alguns fatores como melhor qualificação docente e dedicação integral, melhores bibliotecas, ampliação dos programas de pesquisa, adequação de espaços físicos e ênfase nas disciplinas básicas e na sua relação com a clínica médica.

Alguns anos mais tarde, Flexner publicou um livro em que fazia comparações entre universidades americanas, inglesas e alemãs. Nessa obra, o autor enfatiza que a universidade não deveria abrir espaço para a educação secundária, técnica, popular e profissional, centralizando-se na dedicação às profissões cultas, cultura e ciência, características muito fortes da universidade humboldtiana alemã (SCHWARTZMAN, 1993).

Para o autor, a legislação da reforma universitária brasileira, ocorrida em 1968, foi presidida por essas premissas flexnerianas, imprimindo ao ensino superior do Brasil um conceito de qualidade ultrapassado e que não se encaixa no contexto social dessa época. Nesse mesmo ano, ocorreu o movimento estudantil na Europa e nos Estados Unidos e o livro do Doutor Flexner foi republicado com um prefácio escrito pelo então presidente da Universidade da Califórnia, Clark Kerr. No prefácio, Kerr mostra os equívocos de Flexner, evidenciados principalmente em dois aspectos:

- Primeiro, o fato de ter pensado a universidade como um todo integrado e orgânico, sem efetiva conexão do conhecimento e educação, dificultada pela origem aristocrática de seus alunos e professores;
- O segundo foi não entender que seria possível a combinação de qualidade e quantidade com a compatibilidade de práticas de atividades tão diversas ao mesmo tempo, como a prestação de serviços a comunidades, cursos de verão, de esportes e pesquisas de alta qualidade (SCHWARTZMAN, 1993).

Para Kerr, a principal característica do sistema educacional superior é o pluralismo e a diversidade, traduzidas pelo termo “multiversidade”, procurando contestar o sentido tradicional da universidade (SCHWARTZMAN, 1993).

A partir da reforma universitária, em 1968, e da análise das mudanças implementadas no ensino superior brasileiro, vários estudos foram sendo publicados evidenciando preocupações com a formação profissional. Na área da Odontologia, muitos autores explicitam importantes pontos de inflexão sobre esse ensino.

Costa (1988), investigando 993 cirurgiões-dentistas do Estado de São Paulo, encontrou em seu estudo que as disciplinas de Ortodontia e Periodontia apresentaram deficiências em face à realidade prática diária, assim como as disciplinas de Oclusão e Semiologia.

Em pesquisa realizada em 2001 com dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB – USP) entre os anos de 1996 e 2000, BASTOS et al. (2003) verificaram que 54,1% consideravam o curso de graduação “bom”, 43,9% “ótimo” e 2,0% “regular”. Além disso, 41,8% dos sujeitos pesquisados afirmaram que quatro anos não foram suficientes para o curso de graduação em Odontologia, indicando que seriam necessários cinco anos (na opinião de 31,7% desses sujeitos), para que fossem incorporadas novas disciplinas na grade curricular (24,4%) e para que se pudessem aprofundar os conhecimentos técnico-científicos (65,9%).

Nesse estudo, foi constatado que as disciplinas mais deficientes eram: Ortodontia, Saúde Coletiva/Odontologia Preventiva, Prótese, Matérias Básicas e Periodontia, corroborando os achados de Costa et al. (1992) em relação às disciplinas de Ortodontia, Prótese e Periodontia.

Segundo Marcos (1991), os conteúdos das disciplinas, na maioria dos currículos, eram específicos de cada área e estavam distanciados dos problemas culturais, políticos e sociais.

As Diretrizes Curriculares Nacionais destacam em seus objetivos os quatro pilares da educação contemporânea, apontada pelo Relatório Delors (MOYSÉS, 2003): I – aprender a conhecer; II – aprender a fazer; III – aprender a conviver; e IV aprender a ser. Essas bases indicam os caminhos para a interação da realidade com o processo educativo, oferecendo uma base estruturada para a adaptação natural ao mundo do trabalho, após a formação.

Em 1991, Marcos, entendendo o currículo como o elenco de atividades e funções educacionais que permitem a transmissão dos conteúdos, salientava que suas propostas deviam ser trabalhadas no sentido de formar pessoas com uma consciência da realidade histórico-social, para que as ações profissionais fossem direcionadas naturalmente para a promoção da transformação social.

Para Macedo (2001), no sentido de manter-se atualizado, o profissional pode se utilizar de recursos tecnológicos e de telecomunicações que ampliam as oportunidades de busca ao conhecimento. Ele ainda relatava que o profissional do futuro seria “híbrido”, com tendências a ser um planejador como Da Vinci e um realizador como Santos Dumont, porém, sempre ético e solidário.

Os desafios trazidos pelas rápidas transformações da sociedade e do mercado de trabalho devem ser superados pela continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, catalisada pela competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente, construídos durante o processo formativo (MOYSÉS, 2003).

A falta de um ensino contextualizado com as necessidades da população tem sido enfatizada e a denúncia de divórcio entre o treinamento, comprometido com o academicismo, com os interesses clínicos e as necessidades da comunidade, remonta à década de 70 e 80, como se encontra nos trabalhos de Rovin, Magraw (1975) e de Simonetti(1980).

Rovin, Magraw (1979), especificamente, destacavam que a conduta diária do dentista não era considerada na elaboração dos conteúdos curriculares e que os assuntos sobre saúde e doenças bucais, trabalhados durante a graduação, eram pouco aplicados na prática profissional.

Concordando com essa denúncia, Costa et al. (1992) e Tortamano (1994 apud ALMEIDA, PADILHA, 2001) já salientavam que havia uma dissociação entre o que se ensinava nas universidades e o que a população necessitava.

Costa et al. (2002) afirmavam que a pesquisa científica era muito importante, não só para a aquisição de uma visão globalizada dos problemas e seus encaminhamentos, como também para a formação do acadêmico e do seu futuro profissional.

Freitas et al. (1999) expunham, ainda, a necessidade de se pensar em alterações qualitativas nos cursos de Odontologia as quais propiciassem a mudança de perfil do profissional a ser formado, visando adequá-lo à realidade sócio-epidemiológica da população brasileira na intenção de solução dos problemas de saúde bucal da população carente.

Feuerwerker (2003), ao abordar os princípios para o desenvolvimento curricular, com bases nas Diretrizes Curriculares Nacionais, propunha uma correção desse apontamento ao afirmar que a educação profissional devia enfocar os problemas mais relevantes da sociedade e o programa do curso devia ser baseado nos critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde.

Deve-se considerar que algumas falhas na graduação as quais, eventualmente, possam ser sentidas pelos profissionais que ingressam na vida profissional, à medida que enfrentam seus casos clínicos, podem ter relação com o perfil do professor de odontologia e da metodologia de ensino por ele utilizado, conforme aponta o depoimento de uma aluna de pós-graduação, encontrado na tese de livre-docência de Masetto (1996, p. 67): “*Estou acostumada com o*

*‘profissional dentista’ que dá aulas e é bem diferente do ‘profissional professor’ que está realmente preocupado com a aprendizagem”.*

Cristino (2005, p. 201.) comenta que: *“Convivemos numa realidade paradoxal e numa conseqüente crise paradigmática na qual somos especialistas tendo que formar generalistas”.*

Um debate nos Grupos de Discussão da 39ª Reunião da ABENO, em 2004, sinalizou que as faculdades de Odontologia têm encontrado dificuldades para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais em seus cursos, também pelo grande número de docentes especialistas, imbuídos pela mentalidade flexneriana que predomina na prática profissional especializada (PERRI DE CARVALHO, 2005).

Antecedendo às recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia (2002), Costa et al. (1992) avaliaram a qualidade da formação acadêmica em Odontologia relacionando-a à atividade profissional posterior em um estudo com os cirurgiões-dentistas na grande São Paulo, no ano de 1987, apontando para o fato de que a Universidade não estava sendo eficiente no papel de formação profissional.

Entre os resultados mais relevantes, destacaram que:

- O treinamento na faculdade era divorciado da realidade profissional;
- O ensino era teoricamente satisfatório, porém com necessidade de complementação prática adquirida com a experiência clínica pós-formação;
- As disciplinas básicas deveriam permanecer com a mesma carga horária;
- O treinamento clínico deveria ser incrementado;
- O preparo em cirurgia periodontal, o diagnóstico de doenças com manifestação oral, a prótese fixa, a oclusão e a ortodontia eram insuficientes ou inexistentes, havia um despreparo básico no manuseio clínico do paciente;
- A carga horária destinada ao treinamento prático deveria ser aumentada e deveria ser incrementado o ensino da administração do consultório.

Wotman et al. (2003) propõem uma mudança filosófica do ensino odontológico referente ao papel da responsabilidade profissional, com ênfase na proteção e melhoria da saúde bucal e geral da comunidade. O modelo visa incorporar ao currículo os conteúdos que capacitem o futuro profissional a promover a saúde e o bem-estar da população, avaliando longitudinalmente as mudanças nas atitudes dos alunos de percepção da responsabilidade profissional.

Ao se pensar num ensino mais humano, vinculado às necessidades da população e ao entendimento da realidade profissional, os autores atentam para a necessidade de considerar o ensino de ciências comportamentais e sociais no currículo da formação. Com o objetivo de ampliar e contextualizar os pressupostos ontológicos do curso, viabilizando uma melhor compreensão dele e a inserção do aluno na realidade que enfrentará após a formação, podendo, de fato, contribuir para a solução dos problemas de saúde bucal e colaborar com as propostas do Sistema Único de Saúde.

### 3.2 A TRAJETÓRIA DOS CURSOS DE ODONTOLOGIA

A partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 (BRASIL, 1996), foram extintos os currículos mínimos e recomendada a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação. Para a área da Odontologia, as Diretrizes foram publicadas em 2002.

*“A formação do Cirurgião-Dentista tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:*

*I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;*

*II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando ao uso apropriado, eficácia e custo efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para esse fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;*



*III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter o sigilo das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação pode ser comunicação verbal, não-verbal, habilidades de escrita e leitura, domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologia de comunicação e informação;*

*IV - Liderança: no trabalho em equipe multidisciplinar, os profissionais de saúde devem estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;*

*V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, como da mesma forma devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou líderes na equipe de saúde;*

*VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Dessa forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, e proporcionando condições para que haja benefícios mútuos entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico-profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.*

*Ainda segundo as DCN, a estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá:*

*I - estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral e, na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva. Deverá explicitar como objetivos gerais a definição do perfil do sujeito a ser formado, abrangendo dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, nas seguintes áreas:*

*a) formação geral: conhecimentos e atitudes relevantes para a formação científico cultural do aluno;*

*b) formação profissional: capacidades relativas às ocupações correspondentes;*

*c) cidadania: atitudes e valores correspondentes à ética profissional e ao compromisso com a sociedade.*

*II - aproximar o conhecimento básico da sua utilização clínica e viabilização pela integração curricular;*

*III - utilizar metodologias de ensino/aprendizagem que permitam a participação ativa dos alunos nesse processo e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas além de instituir programas de iniciação científica como método de aprendizagem” (BRASIL. CNE/CES, 2002).*

Os princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais apontam o estímulo ao estudo independente, na perspectiva de uma progressiva autonomia intelectual e profissional do aluno, além de, no seu artigo 4º, inciso VI, que trata das competências e habilidades gerais relativas à educação permanente, evidenciarem que os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente na formação e na prática (BRASIL. CNE/CES, 2002).

As Diretrizes Curriculares também enfatizam que o *perfil acadêmico* a ser construído deve ser compatível com uma atuação de qualidade, eficiência e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo de Reforma Sanitária Nacional Brasileira, trazendo em seu artigo 5º, parágrafo único, que “... a formação do Cirurgião-Dentista deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe” (BRASIL. CNE/CES, 2002, p.2).

A atenção à saúde, estabelecida por essas Diretrizes Curriculares Nacionais (artigo 4º, inciso I), como parte das competências e habilidades gerais dos profissionais de saúde, em que: “*dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto no coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente e analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços com os mais altos padrões de qualidade e com os princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo*” (BRASIL. CNE/CES, 2002, p.1).

Portanto, é, na compreensão do conceito de saúde, na possibilidade de se formar um profissional capaz de fazer uma contribuição permanente para a produção da saúde da sociedade em que vive, que as Diretrizes se amplificam.

Cabe ressaltar que uma leitura crítica das Diretrizes Curriculares Nacionais nos leva à reflexão de que profundas mudanças são necessárias nos cursos de graduação em Odontologia para formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e do SUS.

Para que esse processo avance, é essencial que ocorra efetiva articulação entre as políticas de Educação e Saúde. A inadequação da formação dos profissionais de Saúde tem levado à necessidade de requalificação profissional que pode ser constatada nos recursos gastos pelo Ministério da Saúde em “capacitações”. A implantação das Diretrizes Curriculares assume, portanto, grande importância no aperfeiçoamento do SUS.

No artigo 5º das Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia, encontram-se as competências e habilidades específicas, das quais o profissional deve estar dotado para o exercício da Odontologia, fazendo referência, no inciso II desse artigo, que sua atuação deve-se dar em: “... *todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção e recuperação da saúde, sensibilizada e comprometida com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o*”.

Reconhecendo no seu inciso IV a “*saúde como direito e condições dignas de vida*” estas Diretrizes salientam a assistência integral em ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, de forma articulada e contínua.

No artigo 6º, as Diretrizes recomendam que os *conteúdos essenciais* devam convergir e estar alinhados à realidade epidemiológica e profissional, de forma a integrar o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade (BRASIL. CNE/CES, 2002, p.2).

O *perfil profissional do egresso* do curso de graduação aponta para a formação generalista preconizada nas Diretrizes Curriculares. No inciso III do artigo 6º destas diretrizes, os conteúdos teóricos e práticos devem também ser desenvolvidos no contexto de uma “... *clínica odontológica, onde serão ministrados conhecimentos de materiais dentários, oclusão, dentística, endodontia, periodontia, prótese, implantodontia, cirurgia e traumatologia buco-maxilo-faciais*”. (BRASIL. CNE/CES, 2002, p. 4).

De acordo com as necessidades impostas pelo mercado de trabalho e pela mudança do perfil da saúde geral da população, é imprescindível uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia.

Embora tenham ocorrido movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas da Saúde, principalmente na Medicina e na Enfermagem, em relação à Odontologia, existe um atraso histórico desses movimentos de mudança, exigindo daqui para frente um esforço redobrado para que possamos integrar a saúde bucal dentro do novo contexto de ação interdisciplinar, formando um profissional com perfil adequado (DCN, 2002).

Em conclusão, as Diretrizes indicam a necessidade de transformar o modelo educacional, fortalecendo a promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e sustentando a autonomia dos sujeitos na produção da saúde.

### **3.3. ODONTOLOGIA PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

A odontologia para pacientes com necessidades especiais vem sendo descrita na literatura desde a década de 1930, passando por uma série de reestruturações e decodificações da nomenclatura.

Com a criação da disciplina de “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, na 2ª Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEO), em setembro de 2001, novas perspectivas animam profissionais dedicados a essa atenção tão especial (CFO, 2006).

Atualmente estão registrados pelo Conselho Federal de Odontologia 359 especialistas em Odontologia para pacientes com necessidades especiais em nosso país. Esse número é extremamente pequeno ao da demanda no mercado de trabalho já que poucos dentistas encontram-se capacitados para oferecer atendimento à população que necessita de cuidados especiais durante o tratamento odontológico. Além disso, poucas são as faculdades que têm inserido no currículo de graduação de odontologia essa disciplina (CFO, 2008).

O atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais tem como objetivo atender todo indivíduo que apresenta desvios no padrão de normalidade de sua condição física, mental, orgânica (sistêmica), emocional e/ou social e que, por isso, necessita de cuidados especiais por uma parte de sua vida ou por toda ela.

Em 2002, foram publicadas no Diário Oficial da União as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia em que se descreve o perfil do formando egresso/profissional cirurgião-dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. O qual está capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Dentro do próprio Código de Ética Odontológica, no Capítulo I, Artigo 2º está expresso que a odontologia é uma profissão exercida, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma e pretexto (CFO, 2006).

A problematização do acesso e atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais é freqüentemente discutida pela comunidade odontológica. A mais recente ocorreu, em novembro de 2002, na Sede Central da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas (APCD), a 3ª Conferência Nacional sobre Ética Odontológica (3º CONEO), organizada pela Comissão de Ética Odontológica do CRO-SP.

A Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais (ABOPE) apresentou, discutiu e incluiu novos artigos com os demais membros desse 3º CONEO, na proposta do novo Código de Ética da Odontologia Brasileira do CRO-SP, que estão diretamente relacionados aos Pacientes com Necessidades Especiais. Na ocasião, também foi enviada ao Conselho Federal de Odontologia moção referente ao tema de acessibilidade de Pacientes com Necessidades Especiais em Consultórios, no Serviço Público e nas Universidades, contendo as seguintes sugestões de inclusão ao novo Código de Ética da Odontologia Brasileira:

- *Nenhum Cirurgião-Dentista pode recusar, sob qualquer pretexto, o atendimento de rotina ou urgência a qualquer Paciente com Necessidades Especiais;*
- *É obrigação do Cirurgião-Dentista, oferecer toda e qualquer condição semelhante de atendimento aos pacientes de rotina e aos pacientes com necessidades especiais, seja em condições de biossegurança, seja na qualidade de trabalho ou no segmento do paciente;*
- *Salvaguardar ao Paciente com Necessidades Especiais direito de atendimento em ambulatório para qualquer procedimento odontológico de rotina;*

- *Todo Profissional de Saúde, na suspeita ou na constatação de maus tratos à criança, ao adolescente ou ao idoso, deve obrigatoriamente comunicar o fato às Autoridades Competentes, no caso, Conselho Tutelar de sua localidade ou ONGs devidamente reconhecidas pelo Estado;*

- *Para os tipos de estabilizações (contenções) física ou química, como na sedação ou anestesia geral, o Cirurgião-Dentista deverá obrigatoriamente colher dos pais ou responsáveis legais, termo de consentimento para a realização dessas estabilizações;*

- *Acessibilidade facilitada por meio da retirada de obstáculos, degraus e colocação de corrimãos para acesso ao consultório odontológico;*

- *Equipar e manter sanitário próprio para uso, obedecendo às normas municipais de construção, higiene e manutenção de banheiros para pacientes com necessidades especiais.*

No entanto, para que possamos colocar em prática a “OBRIGATORIEDADE e ACESSIBILIDADE” do atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais, é fundamental a capacitação dos cirurgiões-dentistas que irão prover atendimento a essa parcela da população. Esse atendimento é extremamente exigente e requer não só o conhecimento e o domínio de procedimentos e técnicas, mas também uma abordagem psicossocial e orgânica do paciente. Todavia a intenção demonstrada pelos pacientes com necessidades especiais e/ou familiares na procura e obtenção de cuidados odontológicos esbarra num componente crítico: o despreparo dos profissionais que não foram capacitados para prestar esse atendimento (BEDI et al. 1986; MARINELLI et al. 1997; SOTO ROJAS & CUSHING, 1992).

Cuidar da saúde e reabilitar o indivíduo são prerrogativas precípuas do cirurgião-dentista. O código de Ética Odontológica, logo em seu capítulo I, das Disposições preliminares, Art. 2º, decreta que: “A Odontologia é uma profissão que se exerce, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma e pretexto”.

Esse estudo nos confronta com uma realidade destoante daquela que ocorre quando se busca cuidado odontológico para pessoas com necessidades especiais. Quando se propõe prover atendimento a essa população existem muitas barreiras das quais podemos mencionar entre elas: falta de experiência profissional, desconhecimento sobre as doenças de base (história médica), atitudes desfavoráveis da comunidade odontológica, custos elevados para os prestadores, quebra de rotina do consultório, tempo despendido, barreiras arquitetônicas, medo de atender o paciente, medo de acusação, falta de vontade, relutância das famílias, desconhecimento das necessidades do paciente especial, falta de transporte acessível para o portador de deficiência, falta de

mobilidade dos pacientes, dificuldade de comunicação e falta de recursos financeiros do governo (ROSENBAUM, 1984; SIEGAL, 1985; ROSEMBERG, 1986; MARINELLI et al., 1997, ÁLBUM, 1990; FREGUSON et al., 1991; RUSSEL & KINIRONS, 1993; O' DONNELL, 1994; BURTNER & DICKS, 1994; HAAVIO, 1995; DOUGHERTY et al., 1997; GLASSMAN & MILLER, 1998; SHENKIN et al., 2001).

Um entrave, para a solução dessa questão, está no próprio Código de Ética, no capítulo V, do Relacionamento com o paciente. O Art. 6º, inciso II, declara: “*Constitui infração ética - executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado*”.

Essas assertivas do Código de Ética nos levam a questionar o modelo de educação odontológica nas entidades de ensino, no que tange à formação dos seus alunos para prover cuidados odontológicos a pacientes com necessidades especiais.

Figueiredo (1998) argumenta que muitas escolas de odontologia não estão preparadas para prover aos estudantes informações técnicas relevantes nos cuidados ao atendimento a pacientes com necessidades especiais. Entretanto é sabido que, para atender esse paciente, o cirurgião-dentista necessita de um treino especial para que possa ser incentivado nessa atuação.

Criar cursos e programas de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais é questão polêmica e pode ser observada pelas análises de vários autores, pois existe a preocupação em não sensibilizar demasiadamente os estudantes, a ponto de recusarem atender pacientes com necessidades especiais (CAMPBELL & MCCASLIN 1983; BEDI et al., 1986).

Um programa de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pode ser dirigido aos alunos de graduação e pós-graduação, com um currículo que deva atender as necessidades básicas de um curso voltado aos pacientes com necessidades em todas as suas classificações. Um alerta, o da variabilidade dos conceitos que pode ter influência na percepção dos alunos perante seus pacientes, se faz oportuno para a diversidade entre as escolas de Odontologia no treinamento e nas apresentações das aulas teóricas ou clínicas. (KIMMELMAN, 1989; REED, 1989).

O ordenamento do currículo pode divergir de acordo com os propósitos de cada escola, mas são bem-vindas sugestões para a elaboração das grades horárias e conteúdos programáticos (CASAMASSIMO et al., 1985; UDIN & KUSTER, 1986; JULLY et al., 1987; MARINELLI et al., 1989; ALBUM, 1990; FENTON, 1993).

É imprescindível que as instituições de ensino odontológico adotem em suas grades curriculares a disciplina “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, a fim de

proporcionar aos alunos conhecimentos teóricos e experiências clínicas que os incentivem à prática dessa atividade em suas vidas profissionais, além de, as instituições de ensino estarem conscientes de seu caráter social perante essa população (KIMMELMAN, 1989; REED, 1989).

Novak (1979) oferece-nos um resumo do histórico da Odontologia para indivíduos com deficiências, relatando que em, 1921, o Dr. William Gies foi escolhido para realizar um estudo sobre o desenvolvimento da profissão e avaliação de cada escola de Odontologia nos Estados Unidos. Na época do estudo, havia 43 cursos e em nenhum deles constava menção sobre experiências educativas em Odontologia para pacientes com deficiências. No informe produzido por Gies, apenas cinco cursos davam atenção a crianças deficientes, embora 20 deles oferecessem experiências clínicas em outras instituições como hospitais, asilos para deficientes mentais, auditivos e visuais. No informe, era recomendada a criação de clínicas direcionadas para crianças deficientes em todas as faculdades de Odontologia, tendo em vista que a Odontopediatria é a área da Odontologia mais ligada aos pacientes com deficiência, e assim pode se observar a pouca atenção dada a eles. Nos anos 70, os números de escolas de odontologia com programas para pacientes especiais aumentaram principalmente graças à Fundação Robert Wood Jonhson (EUA), que destinou quase cinco milhões de dólares para que um grupo de escolas desenvolvesse programas específicos para esses pacientes.

Na maior parte do tempo, o ensino odontológico dá ênfase ao paciente “normal” e não prepara o aluno para o desafio de atender a pessoa com deficiência. Para Giangregio (1983), a menos que o jovem profissional seja exposto a essa situação, ele terá medo ou não se sentirá à vontade para fazê-lo. Treino, técnicas e educação especiais são necessários para preparar o cirurgião-dentista para cuidar desses pacientes. Já o quando e o como essa educação deva ser disponibilizada é controverso. Para diminuir esse conflito, a autora revela opiniões de dois renomados professores de universidades americanas: Dra. Stiefel da Universidade de Washington acredita que o curso deva começar na graduação, com dois objetivos: a) treinar estudantes de odontologia e THD para respeitar, entender e servir o paciente especial com conhecimento e disposição; b) prover tratamento de qualidade para o paciente com deficiência a baixo custo, incluindo os institucionalizados e idosos. Na graduação, o atendimento deve ocorrer sempre que possível na clínica integrada, em cursos intramuros e extramuros promovendo oportunidades para experiências clínicas. Nos cursos extramuros, os estudantes selecionam os locais oferecidos como asilos ou instituições diversas. Na pós-graduação, os estudantes devem cuidar de pacientes com



deficiências mais severas. O Dr. Posnick, da Universidade de Louisville, apesar de achar notável o programa da Universidade de Washington, não está certo se a educação na graduação é um sucesso completo e acha que existe uma pressão muito grande no graduando e que é necessária uma visão geral sobre o paciente, impossível de ser transmitida na graduação.

Os cuidados com os pacientes especiais devem ser um componente do sistema educacional odontológico. Reed (1989) manifesta que a educação e a profissão passarão por desafios no futuro, como o fechamento de escolas, mudanças nas necessidades da população, dificuldades para se obter pacientes em algumas escolas de odontologia sem falcatruas, além da alarmante estatística do decréscimo da proporção paciente/profissional. O interessante disso é a oportunidade que aparecerá no futuro para poucos cirurgiões-dentistas servirem mais pacientes especiais. O autor sugere, portanto, que é essencial aos educadores lutar pela implementação de um programa ambicioso e desafiador para atendimento desses pacientes.

Ferguson et al. (1991), afirmam que o objetivo inicial nessa área de educação odontológica é o de sensibilizar os estudantes das necessidades do paciente especial, suprimindo-os com experiências clínicas de manejo, incluindo apropriado tratamento preventivo e curativo.

Muitos cirurgiões-dentistas expressam o sentimento de que ficam em posição desconfortável na presença de pacientes com necessidades especiais e acreditam que isso poderia ter sido resolvido, se tivessem tido orientações na graduação. Para Soto Rojas & Cushing (1992), o debate que existe é se esse preparo deva ocorrer na graduação, na pós-graduação ou em ambas etapas da formação profissional.

Conforme Stiefel (1979), a falta de treinamento profissional é a principal razão da negligência no atendimento odontológico às pessoas com necessidades especiais.

Os preceitos da saúde bucal são abordados como essenciais para a saúde geral e fator determinante para uma boa qualidade de vida, segundo as Políticas de Base da Organização Mundial da Saúde. Diante de todo este histórico, a Odontologia deve ser encarada como uma especialidade clínica primordial no processo de reabilitação e inserção dos pacientes com necessidades especiais na sociedade.

### 3.4. PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS

A Associação Brasileira de Professores de Odontologia para Pacientes Especiais (ABOPE, 2005) publicou que paciente especial é todo indivíduo que necessita de uma forma diferente de atendimento odontológico que não a convencional. Fazem parte desse grupo os pacientes com deficiências físicas e mentais, doenças sistêmicas, gestantes, transplantados, oncológicos e todos aqueles que, de uma forma ou outra, necessitem de atendimento especializado.

A International Association for Disability and Oral Health (IADH, 2001) classifica os pacientes portadores de necessidades especiais em: desvios da inteligência, defeitos físicos, defeitos congênitos, desvios de comportamento, doenças sistêmicas, distúrbios endócrino-metabólicos, desvios sociais e estados fisiológicos especiais. A entidade apresenta em sua classificação, além dos portadores de deficiência, pessoas com restrições de capacidades advindas da idade ou de agravamentos adquiridos, os quais limitam sua função intelectual, física ou social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) define a pessoa portadora de deficiência como aquela que *“por um período de sua vida está privada por suas condições físicas ou mentais de participar de atividades normais da sua faixa etária”* (HUNTER, 1987, p.75). De acordo com a OMS o processo de reabilitação inclui todas as medidas objetivas para reduzir o impacto da deficiência, possibilitando ao portador atingir a integração social.

A Organização Mundial da Saúde avalia que 10% da população de um país são portadoras de algum tipo de deficiência (WHO, 2002). No Brasil, teríamos, portanto, aproximadamente, 18 milhões de pessoas nessa condição, entretanto dados recentes mostram números ainda maiores.

Os resultados obtidos pela Tabulação Avançada do Censo Demográfico 2000 (IBGE, 2002) indicam que aproximadamente 24,5 milhões de pessoas, ou 14,5% da população geral, apresentam algum tipo de incapacidade ou deficiência. Considerando-se que uma família brasileira média é composta de três ou quatro pessoas, teríamos entre 60 e 75 milhões de pessoas envolvidas com os portadores de deficiência.

Outros números, que se referem às pessoas com real necessidade de uma atenção especial, também soam alarmantes. Quanto ao número de casos destacam-se:

1. Doenças Circulatórias: estão em primeiro lugar entre as causas de morte no Brasil, com quase um terço de todas as causas e com mais de um milhão de pessoas internadas anualmente no país,

afastadas de suas famílias e de suas profissões. Dentro do grupo das doenças circulatórias, o Infarto Agudo do Miocárdio e as Doenças Cerebrovasculares são aqueles com maiores índices de mortalidade; 2. Doenças Oncológicas: 465.000 novos casos em 2005; 3. Acidentes de trânsito com 35.000 mortos – 150.000 feridos; 4. Lesões medulares de 5.000 a 6.000 pessoas/ano; 5. Paralisia Cerebral com 7/1000 nascimentos vivos; 6. Síndrome de Down com 1/600 nascimentos vivos; 7. Diabetes Mellitus acometendo 9% da população – 16 milhões de pessoas; 8. Casos de HIV/Aids com 362.000 casos entre 1980-2004 (OPAS, 2006).

Todos esses números entre tantos outros, concernentes à sociedade brasileira, demonstram que há muito a se fazer em prol das pessoas com necessidades especiais e trazem em seu âmago um ponto nem sempre discutido e praticado em nossa formação profissional: o exercício da sensibilização e a importância da inclusão social dentro do Ensino em Ciências da Saúde.

Rosenbaum (1984) declara que a população de pessoas com necessidades especiais está envelhecendo e seus problemas odontológicos estão ficando maiores. Essas pessoas estão vivendo mais e precisam de cuidados odontológicos por mais tempo. Durante a infância ocorre um pequeno número de morte, graças à eficácia das imunizações, a ação dos antibióticos e a melhoria dos serviços médicos. Como resultado disso, pacientes especiais estão ficando adultos e, eventualmente, pacientes geriátricos. A precisão de serviços dentários está crescendo, mas a comunidade odontológica responde vagarosamente a esse aumento. Odontologia para pacientes com necessidades especiais tem sido negligenciada e apenas recentemente os graduandos em odontologia foram desafiados a tratar desses pacientes. O autor também cita alguns fatos a ser observados no trato de pacientes especiais como: 1. Gastos com outros especialistas e medicamentos e nível financeiro da família; 2. Barreiras arquitetônicas; 3. Cansaço físico e emocional da família com a condição médica, além de sempre encontrar uma desculpa para iniciar o tratamento odontológico considerando-o não sério; 4. Falta de experiência dos dentistas em tratar esse tipo de paciente, freqüentemente com medo da abordagem, das alterações que o paciente apresenta, a mudança da rotina do consultório e a falta de assistentes mais habilitados; 5. Relutância da família de mostrar o paciente especial em público; 6. Dificuldade de comunicação entre paciente, profissional e familiar/cuidador que pode ser o maior obstáculo no relacionamento, sobretudo pela não presunção de que, pelo fato do paciente ser especial, ele não será capaz de compreender.

O despertar do aprendizado, da capacitação e do interesse dos graduandos de Odontologia para essa parcela da população tão necessitada e carente de atendimento odontológico, está na dependência direta da conscientização, primeiramente de nós docentes ou futuros docentes, no âmbito da formação profissional mediante as possibilidades de transformação da realidade em benefício da sociedade.

Stiefel, (1979) afirmam que para muitos indivíduos com severos problemas físicos, mentais ou sistêmicos, as dificuldades de obter adequado serviço odontológico constituem o maior problema de saúde.

O aprendizado da cidadania em nossa sociedade tem se desenvolvido de maneira mais acentuada nos últimos anos, no entanto, ainda ao nos depararmos com situações não corriqueiras, tendemos a nos resguardar e desviamos nosso foco de atuação para outras atividades. Essa situação ocorre de forma muito nítida quando o tema é a pessoa com necessidades especiais. Nota-se um desconforto no relacionamento com esse indivíduo, falta naturalidade a ele, que muitas vezes, até denota certo ranço preconceituoso e isso demonstra que a integração dos indivíduos que apresentam algum tipo de deficiência e/ou alterações sistêmicas e comportamentais não é exercida pela sociedade integralmente (FIGUEIREDO, 1998).

### **3.5 INCLUSÃO SOCIAL**

O Brasil é um país de grandes contradições. É extremamente rico: possui terras, riquezas naturais, matéria-prima, alta tecnologia, recursos humanos, fatores que o colocam em décimo primeiro lugar na economia mundial. Mas o Brasil não esconde sua outra face, de miséria, desemprego, fome, violência. O confronto entre dois mundos tão diferentes em um só país revela a desigualdade e a injustiça social cometidas diariamente contra milhares de brasileiros.

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2003), 1% dos brasileiros mais ricos, o que corresponde a somente 1,7 milhão de pessoas, apropria-se de 13% do total das rendas domiciliares. Esse percentual é próximo daquele apropriado pelos 50% mais pobres, que equivalem a 86,9 milhões de pessoas.

Essa grave situação social afeta principalmente mulheres e crianças. No Brasil, quase metade (48,6%) das crianças menores de seis anos é pobre. Do total de 19.767.600 crianças nessa faixa etária, 9.607.443 de crianças pertencem a famílias cuja renda é igual ou inferior a dois salários mínimos (IBGE, 2002). A cada ano, 123 mil crianças menores de cinco anos morrem no Brasil, a maior parte em comunidades pobres e por causas que poderiam ser facilmente prevenidas, se as famílias recebessem orientações de saúde, nutrição, educação, cidadania e tivessem acesso aos serviços básicos de saúde (UNICEF, 2005).

*“Erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”*. É um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, contidos no artigo terceiro da Constituição Federal de 1988. Mais do que um dever do Estado, a inclusão social dos mais pobres deve ser a luta de toda a sociedade brasileira. Todos os níveis de governo e da sociedade civil precisam somar esforços nessa causa, se quisermos verdadeiramente construir um país mais justo e fraterno, com menos violência e oportunidades iguais para todos.

Infelizmente, os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil não são uma realidade em nosso País. Além da exclusão social causada pela pobreza, milhares de pessoas com algum tipo de deficiência também são discriminadas nas comunidades em que vivem ou sendo excluídas do mercado de trabalho. O processo de exclusão social de pessoas com deficiência ou alguma necessidade especial é tão antigo quanto a socialização do homem. A estrutura das sociedades, desde os seus primórdios, sempre inabilitou os portadores de deficiência, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Essas pessoas, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, sempre foram alvo de atitudes preconceituosas e ações impiedosas (CAHALI, 2004).

A literatura clássica e a história do homem refletem esse pensar discriminatório, pois é mais fácil prestar atenção aos impedimentos e às aparências do que aos potenciais e capacidades de tais pessoas (RATTNER, 2002).

Nos últimos anos, ações isoladas de educadores e de pais têm promovido e implementado a inclusão, nas escolas, de pessoas com algum tipo de deficiência ou necessidade especial, visando resgatar o respeito humano e a dignidade, no sentido de possibilitar o pleno desenvolvimento e o acesso a todos os recursos da sociedade por parte desse segmento.

Movimentos nacionais e internacionais têm buscado o consenso para a estruturação de uma política de integração e de educação inclusiva, sendo que o seu ápice foi a Conferência Mundial

de Educação Especial, que contou com a participação de 88 países e 25 organizações internacionais, em assembléia geral, na cidade de Salamanca, na Espanha, em junho de 1994.

Esse evento teve como culminância a "*Declaração de Salamanca*", da qual se transcrevem, pontos importantes, que devem servir de reflexão e mudanças da realidade atual, tão discriminatória.

A inclusão escolar, fortalecida pela "*Declaração de Salamanca*", no entanto, não resolve todos os problemas de marginalização dessas pessoas, pois o processo de exclusão é anterior ao período de escolarização, iniciando-se no nascimento ou exatamente no momento em que aparece algum tipo de deficiência física ou mental, adquirida ou hereditária, em algum membro da família. Isso ocorre em qualquer tipo de constituição familiar, sejam as tradicionalmente estruturadas, sejam as produções independentes e congêneres e em todas as classes sociais, com uma agravante para as menos favorecidas.

Para falar sobre esse tema, necessário se faz saber o que se entende por inclusão social. Recorrendo ao dicionário (MICHAELIS, 2002), veremos que o nome "incluir" significa inserir, introduzir, compreender, e "social" diz respeito a uma sociedade.

A inclusão social tem ampla abrangência, envolve informação e conhecimento, emprego de tecnologia, investimento de infra-estrutura e social, vontade política e determinação de fazer. Sem isso não haverá inclusão social.

A percepção de pobreza e deficiência refere-se também ao bem estar, à dignidade da pessoa, ao exercício de cidadania, à violência nas relações humanas como sujeito social. A população tem dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, de educação e de moradia. Basta examinar as estatísticas oficiais, por causa básica de mortalidade que se verifica alta proporção de óbitos sem diagnóstico definido e sem assistência médica nas regiões Nordeste e Norte, quando comparadas às demais regiões do País (IPEA, 2005).

A exclusão se faz no tocante às pessoas, quando lhes são negadas as formas e os instrumentos de crescimento e autodeterminação. Entre as regiões, a exclusão social ocorre no tratamento diferenciado de investimento público ou, quando elas são tratadas de forma negligenciada, subtraindo-lhes as condições necessárias de desenvolvimento e de bem-estar dos seus habitantes. Esse tratamento desigual forma um contingente de excluídos. Com filantropia não se faz inclusão social e isto leva à perda da auto-estima e, conseqüentemente, da identidade do povo, e, tampouco, desenvolve as regiões, historicamente órfãs de políticas de desenvolvimento

sustentável. A educação de qualidade, o trabalho com dignidade e renda e o exercício de cidadania constituem pilares de desenvolvimento de um povo e de uma região. As políticas de desenvolvimento das pessoas não se fazem presentes diante do assistencialismo histórico (MIRANDA, 2002).

Faz-se necessário trabalhar no processo de crescimento da sociedade, na modificação das relações entre as regiões tidas como ricas e receptoras dos investimentos públicos e das regiões politicamente determinadas para serem pobres. Essa violência de tratamento nas relações regionais brasileiras deve passar por uma transformação urgente na sua interpretação e, conseqüentemente, uma nova práxis deve substituir a perpetuada ao longo dos anos. A população, excluída do desenvolvimento, da estrutura social do Estado, mostra a literatura especializada, é mais vulnerável aos problemas de saúde-doença. Ela adoece mais, fica mais tempo doente e morre mais de causas básicas possíveis de ser evitadas, quando comparadas àquelas que estão no contexto social de inclusão. A mortalidade infantil é um exemplo que extrapola ao olhar até mesmo do leigo, e a esperança de vida ao nascer é um demonstrativo das desigualdades sociais (UNICEF, 2005).

Acrescenta-se a esses problemas, as condições da saúde bucal e o estado dos dentes, que são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social. Seja pelos problemas de saúde localizados na boca, seja pelas imensas dificuldades encontradas para conseguir acesso aos serviços assistenciais, dentes e gengivas registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo país. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre gengivas, dentes e outras estruturas da boca. Atingidas fortemente dão origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos agravando ainda mais a saúde da população. E, quanto ao atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, o comprometimento clínico, associado aos problemas sociais de nosso país e as dificuldades em conseguir tratamento odontológico adequado, muitas vezes por falta de preparo profissional, resulta no agravamento dos problemas bucais e conseqüentemente na qualidade de vida desses pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

*Não se pode defender o que não se ama e não se pode amar o que não se conhece.*

*(Autor desconhecido)*

### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

---



Buscando alcançar os objetivos deste trabalho, optamos por uma pesquisa cujo desenho incluiu uma *Revisão Bibliográfica, Análise Documental e Levantamento de Dados*, construída por abordagens quantitativa e qualitativa.

A busca do referencial metodológico deu-se após ter sido delineado o problema e os objetivos do estudo. Optou-se por complementar o resultado dos dados quantitativos, pela metodologia qualitativa frente a uma questão específica, pois, segundo Minayo (1998), nessa abordagem o caráter científico da pesquisa não é um dado a priori, estabelecido por modelos e normas rígidas a serem seguidas, mas é o resultado de um processo com história. A pesquisa qualitativa também proporciona uma melhor compreensão das percepções e representações dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A metodologia quantitativa pode ser combinada com a metodologia qualitativa, respeitando-se o emprego das diferenças entre os dois métodos pelo pesquisador, podendo contribuir para o enriquecimento da análise. O uso das duas abordagens pela busca da complementaridade se justifica, desde que usadas dentro dos limites de suas especificidades e com o objetivo de construir teorias e levantar hipóteses para melhor compreensão da realidade social (MINAYO, 1999).

A metodologia qualitativa, segundo Minayo (1999, p.10), é aquela capaz de “*incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas*”.

A pesquisa como caminho percorrido na construção do conhecimento, desde a formulação de um problema até a constatação de respostas prováveis e relevantes tem como ponto de partida, a teoria e a geração de hipóteses. O teste dessas hipóteses e a discussão dos resultados obtidos é, finalmente, o ponto de chegada, o qual responde à dúvida inicial, que remete a teoria que o inspirou (LUNA, 2002).

Esse ponto de partida é iniciado com a leitura de produções científicas recentes, que levaram às inquietações sobre o assunto estudado, delimitando, assim, o objeto, de estudo.

Para Alves (2005), esse esforço de elaboração teórica é essencial, pois o quadro referencial clarifica a lógica de construção do objeto da pesquisa, orienta a definição de categorias e construtos relevantes e dá suporte às relações antecipadas nas hipóteses, além de constituir o principal instrumento para a interpretação dos resultados da pesquisa.

Nesse processo de construção, a *pesquisa bibliográfica* teve como fonte o banco de dados *on-line Pubmed*, abrangendo consulta e leitura analítica de artigos científicos indexados nacionais e internacionais sobre a odontologia para pacientes com necessidades especiais, pacientes especiais e educação em Odontologia e Serviços de Saúde, dos últimos 30 anos.

A *análise documental* pode se constituir numa valiosa técnica de abordagem de dados qualitativos seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

Nesse sentido, documentos podem ser entendidos como quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano, incluindo desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares (LÜDKE & ANDRÉ, 1986).

Para esta pesquisa foram tomados como documentos essenciais os seguintes: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (1996), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Odontologia (2002), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal guiada pelo Ministério da Saúde (2004), Parecer do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior (2001), documentos epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Governo Federal Brasileiro (2006), Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (1996), Constituição Federal Brasileira (1998) e Código de Ética Odontológico (1998). Esses documentos permitiram uma aproximação à atual política de formação do profissional da saúde no Brasil, em específico do Odontólogo, e identificação das competências apontadas como necessárias para a formação do cirurgião-dentista no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais no âmbito das políticas da educação e saúde.

A *coleta dos dados* se realizou com egressos cirurgiões-dentistas oriundos de diferentes cursos de graduação no País.

Esses egressos são alunos do primeiro e segundo anos do Curso de Aprimoramento em Odontologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), que trazem diferentes experiências de formação no tocante ao ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais durante o período de graduação.

O direcionamento para esse grupo de pós-graduandos está relacionado ao meu vínculo como Cirurgiã-Dentista Supervisora do Programa de Aprimoramento em Odontologia Hospitalar do

HCFMUSP. Programa esse existente desde 1986, que possibilita o contato de cirurgiões-dentistas, com profissionais e pacientes de outros departamentos médicos dentro do complexo do HCFMUSP.

Sabemos que esse grupo de egressos envolvidos na pesquisa, já tem um perfil diferenciado em relação ao interesse pelos Pacientes com Necessidades Especiais justamente por procurarem o curso de aprimoramento em odontologia hospitalar, no entanto procuramos ressaltar a experiência dentro do período da graduação.

Inicialmente, projetamos uma amostra com 30 alunos. Entretanto, três desistiram do curso e três participaram do pré-teste. Sendo assim, foi entregue o questionário para 24 aprimorandos, dos quais 16 questionários foram respondidos.

A possibilidade de coletar os depoimentos apresentados nas questões abertas permite uma avaliação do ponto de vista de cada egresso participante da pesquisa no que se refere às questões norteadoras do trabalho. Respeitando a perspectiva da pesquisa qualitativa, a intenção não é generalizar os resultados obtidos e sim valorizar individualmente cada um dos depoimentos declarados no questionário.

A coleta de dados se processou pela aplicação de um *questionário semi-estruturado* (ANEXO A), cuja escolha fundamenta-se nos seguintes aspectos: demanda pouco tempo para aplicação, atinge maior número de pessoas simultaneamente, obtém respostas mais rápidas, permite maior liberdade nas respostas em razão do anonimato, dá maior segurança pelo fato das respostas não serem identificadas e apresenta maior uniformidade na avaliação, em virtude da natureza impessoal do instrumento.

O *questionário* é composto de perguntas abertas, que permite ao informante responder livremente, usando linguagem própria na emissão de opiniões; perguntas fechadas, para as quais o informante escolhe sua resposta e perguntas que apresentam uma série de possíveis respostas, abrangendo graduações sobre o assunto, denominadas como escala Lickert (MARCONI e LAKATOS, 2002, p.121).

Chisnall (1973) destaca que as escalas de Lickert, além de confiáveis, são mais simples de construir e permitem obter informações sobre o nível dos sentimentos dos respondentes, o que dá mais liberdade a eles, já que não precisam se restringir ao simples concordo/discordo.

O questionário abordou os seguintes eixos temáticos: o Ensino da Odontologia para pacientes com necessidades especiais o qual cada aluno teve em sua graduação, as competências

necessárias no atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais, segundo a visão desses egressos cirurgiões-dentistas, e o entendimento sobre a Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e Pacientes com Necessidades Especiais.

Nessa direção, segundo recomendação de Gil (2002), o questionário é um conjunto de respostas dadas por escrito pelo pesquisador sem a presença do entrevistador. A elaboração de um questionário requer a observância de normas precisas, devendo-se levar em conta os tipos, a ordem, os grupos e a formulação das perguntas e também tudo aquilo que se sabe sobre percepção, estereótipos, mecanismo de defesa, liderança etc. Exige cuidado na seleção das questões, levando em consideração a sua importância.

Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UNIFESP, em 28/09/2007, sob o processo CEP 1443/07 (ANEXO B) e da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da USP, em 30/01/2008, sob o Protocolo de Pesquisa n° 0010/08(ANEXO C), aplicou-se o questionário.

Com a intenção de garantir a coleta dos dados essenciais à construção de resposta às questões da pesquisa, o questionário foi pré-testado. Esse processo envolve a calibração do questionário para que pudesse favorecer a leitura e a interpretação das questões pelos informantes, respeitando os questionamentos que nortearam a pesquisa. Após o pré-teste, efetivou-se o primeiro contato pessoal com os aprimorandos.

Durante o pré-teste e para a pesquisa propriamente dita os objetivos e dúvidas da pesquisa eram informados e esclarecidos, com a entrega em mãos de um questionário para cada aprimorando.

Para essa finalidade, todos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D).

O processo de sistematização e análise dos dados compreendeu a quantificação e representação por tabelas e gráficos das respostas às questões fechadas. O material qualitativo adquirido com as questões abertas, apesar de pontuais, foi tratado por uma das técnicas de Análise do Conteúdo, denominada Análise Temática, visando apreender os significados manifestos e latentes. (MINAYO, 1999).

Dessa forma, este trabalho analítico passou pelas seguintes etapas: o pré-teste, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Inicialmente, foi feito um contato exaustivo com o material, por meio de repetidas leituras, retomando simultaneamente os questionários e os objetivos iniciais da pesquisa, criando-se indicadores que orientaram a interpretação final.

Os dados coletados, segundo Minayo (1998), carecem de tratamento rigoroso e sistemático, sendo necessário organizá-los, agrupando-os em categorias. Para a autora, *o momento da “análise” dos dados abrange a “interpretação”, posto que ambas fazem parte do mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa.*

Assim sendo, do passo seguinte, constou a análise dos dados quantitativos e achados qualitativos na busca de inter-relações das informações, para formulação de hipóteses a serem discutidas, visando obter respostas às inquietações desta pesquisa.

*O homem sábio é aquele que renova constantemente o seu desejo de descobrir.*

*(André Gide)*

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

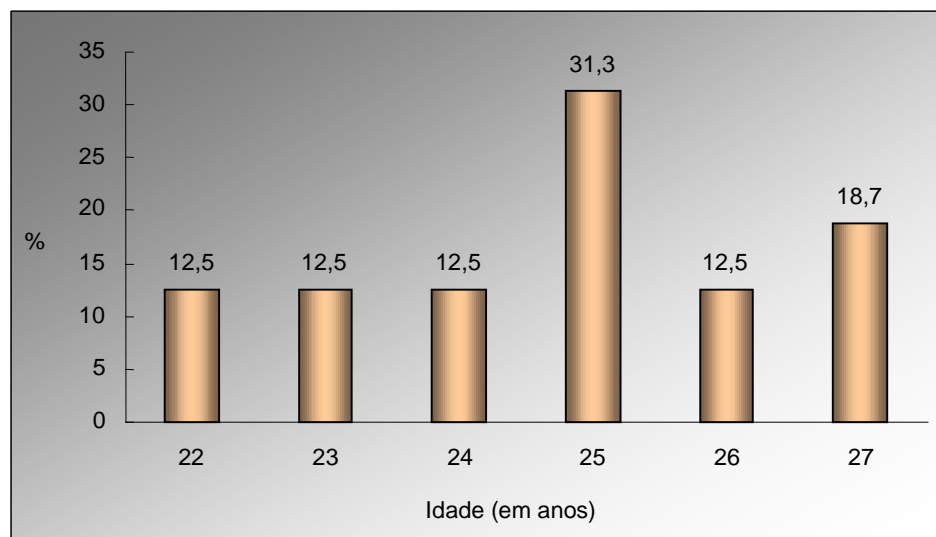
---

Os resultados e discussões pertinentes com a literatura são apresentados em dois tópicos: “O Ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais” e “A qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais”.

Primeiramente descreveremos o “Perfil dos participantes na pesquisa” e as “Informações quanto à formação acadêmica de cada participante.” Nesta análise, os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso são caracterizados pela presença de determinados temas.

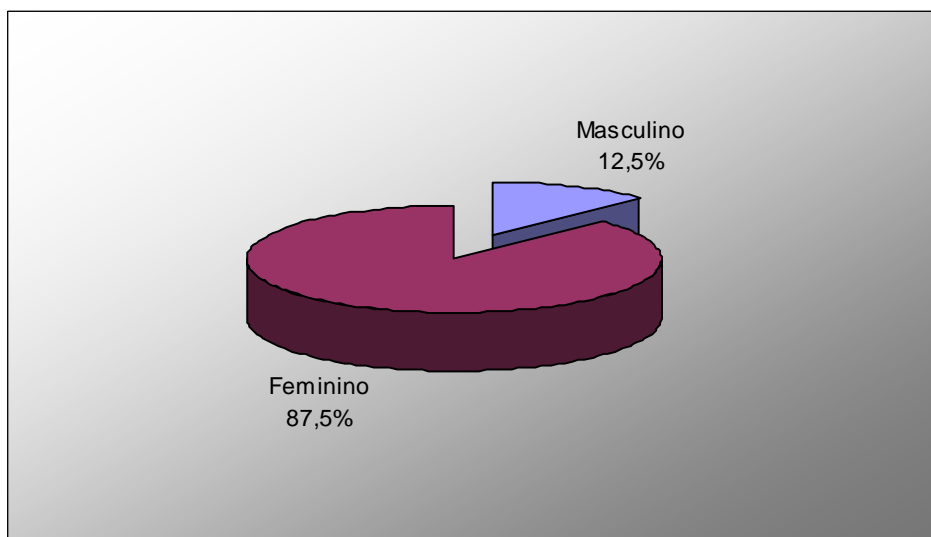
### 5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES E INFORMAÇÕES QUANTO À FORMAÇÃO ACADÊMICA DE CADA PARTICIPANTE

Responderam ao questionário 16 aprimorandos do Curso de Odontologia Hospitalar do HCFMUSP com idade entre 22 e 27 anos (média de 24,75 anos com desvio-padrão de 1,65 anos e mediana de 25 anos). A distribuição de frequências dos 16 aprimorandos em relação à idade está na figura 1:



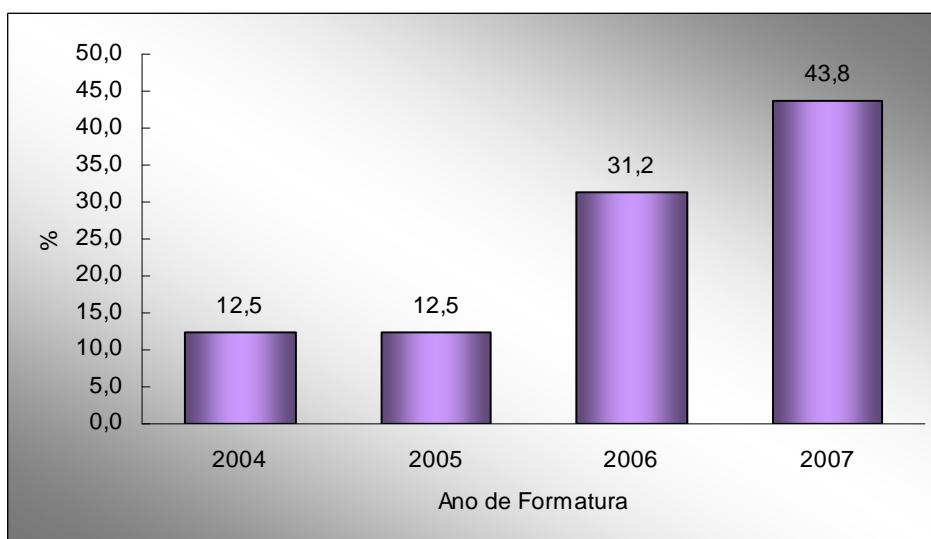
**Figura 1: Distribuição de frequências dos 16 aprimorandos segundo a idade.**

Quatorze (87,5%) aprimorandos são do sexo feminino e dois (12,5%) do sexo masculino.



**Figura 2: Distribuição de frequências dos 16 aprimorandos segundo o sexo.**

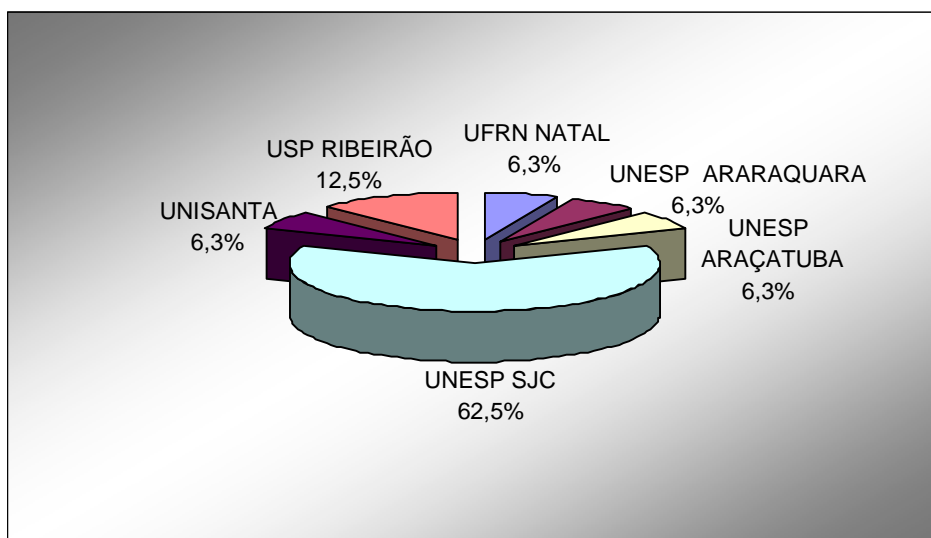
Na figura 3, temos a distribuição dos 16 aprimorandos em relação ao ano de formatura, evidenciando que sete (43,8%) se formaram em 2007.



**Figura 3: Distribuição de frequências dos 16 aprimorandos segundo o ano de formatura.**

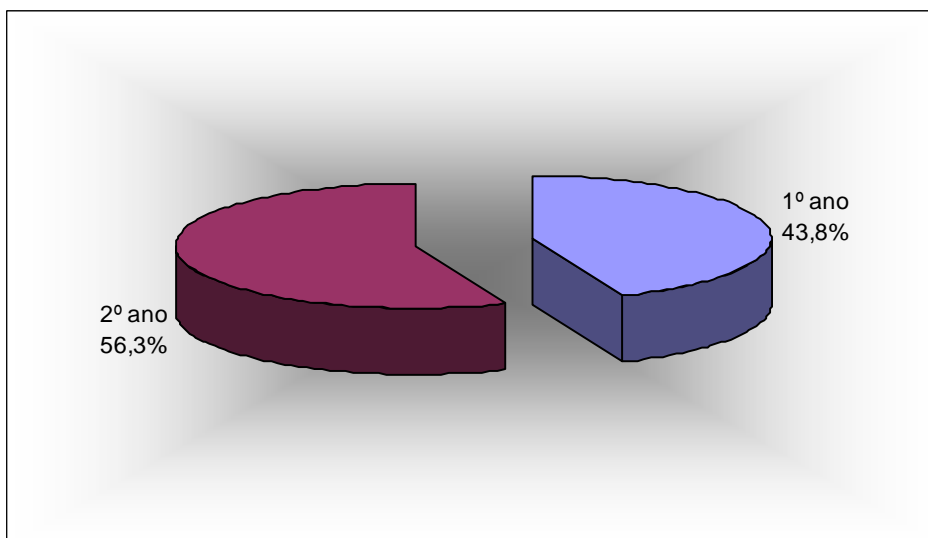


Na figura 4, temos a distribuição dos 16 aprimorandos em relação às faculdades de odontologia que cursaram e observamos que 15 dos aprimorandos eram provenientes de Universidades Públicas e somente um de uma Universidade Particular.



**Figura 4: Distribuição de frequências dos 16 aprimorandos segundo a instituição de ensino.**

Nove (56,3%) aprimorandos estão cursando o 2º ano de aprimoramento e sete (43,8%) o 1º ano.



**Figura 5: Distribuição de frequências dos 16 aprimorandos segundo o ano de aprimoramento.**

O posicionamento quanto ao perfil e formação acadêmica do grupo participante da pesquisa é essencial até para que possamos nos situar e compreender alguns depoimentos colhidos nas questões abertas. É interessante observar que, apesar da maioria dos egressos virem de uma mesma universidade e todos fazerem parte de um grupo seletivo de recém-formados que estão interessados em aprimorar seus conhecimentos no que se refere à odontologia hospitalar e conseqüentemente aumentar seu contato com pacientes que necessitam de cuidados especiais, suas opiniões individuais foram extremamente valiosas, o que permitiu uma melhor compreensão das percepções e representações dos sujeitos envolvidos na pesquisa em função do objetivo inicial.

## **5.2 O ENSINO DA ODONTOLOGIA PARA INDIVÍDUOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

As instituições de ensino superior (IES) do Brasil dentre elas as faculdades de Odontologia, no cumprimento do art. 53, II, da Lei nº 9.394/1996 (LDB), asseguram às universidades, no exercício de sua autonomia, fixar os currículos dos seus cursos e programas, podendo estabelecer o programa curricular que desejarem.

Assim, os conteúdos ministrados diferem de faculdade para faculdade e, ainda, uma mesma disciplina pode apresentar características específicas com relação ao nome, duração (créditos), número de docentes, número de alunos, existência ou não de pré-requisitos, localização na grade curricular (o semestre em que se situa), o conteúdo programático e a bibliografia recomendada.

Embora a resolução nº 3 CNE/CES (19/02/2002) estabeleça as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Odontologia, indicando os conteúdos essenciais à formação do futuro profissional, nos quais se incluem o conhecimento de matéria relacionada a inserção social da especialidade, as faculdades dessa maneira logram a possibilidade ou não de ministrar disciplinas como de Pacientes com Necessidades Especiais.

É imprescindível que as instituições de ensino odontológico adotem em suas grades curriculares a disciplina “Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”, a fim de proporcionar aos alunos conhecimentos teóricos e experiências clínicas que os incentivem à prática desta atividade em suas vidas profissionais, devendo, também, as instituições de ensino

estar conscientes de seu caráter social perante essa população (KIMMELMAN, 1989; REED, 1989).

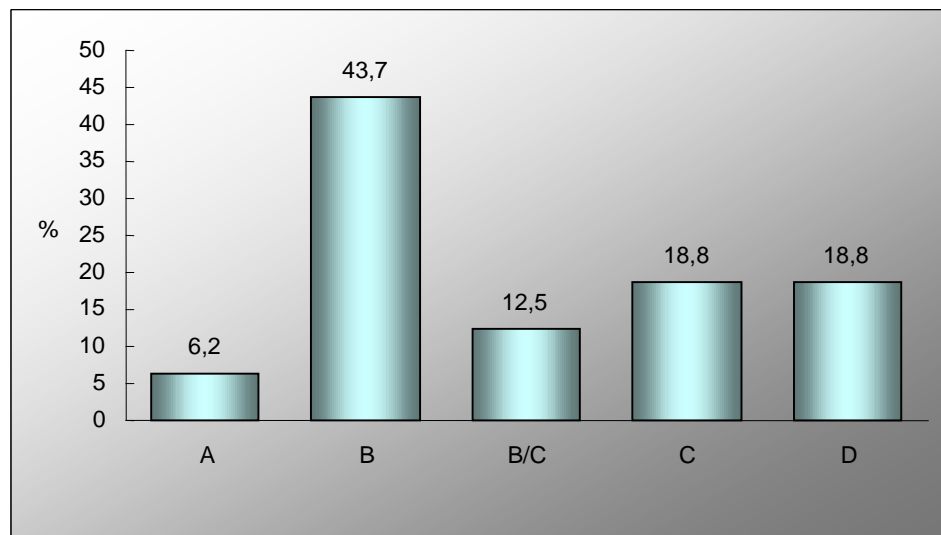
A literatura nos apresenta dados que afirmam a necessidade e a importância da Odontologia para pacientes com necessidades especiais em cursos de graduação, no entanto algumas universidades ainda relutam em inserir no currículo a disciplina.

Em relação ao ensino da Odontologia para Indivíduos com Necessidades Especiais na grade curricular da graduação de odontologia, temos que:

**Tabela 1: Conteúdos relativos a Pacientes com Necessidades Especiais desenvolvidos pelos aprimorandos durante a graduação**

	N	%
Disciplina independente das demais disciplinas (A)	1	6,2
Conteúdo associado a outra disciplina dentro do curso de graduação (B)	7	43,7
Conteúdo associado a outra disciplina dentro do curso de graduação e extracurricular não obrigatória (B/C)	2	12,5
Conteúdo extracurricular e não obrigatório (C)	3	18,8
Não ocorrência no curso de graduação (D)	3	18,8

Conforme a figura 6, observamos que 43,7% dos aprimorandos afirmam que esse conteúdo está associado a outra disciplina dentro do curso de graduação e 18,8% não cursaram nenhuma disciplina que trate da temática em foco.



**Figura 6: Natureza do Ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais**

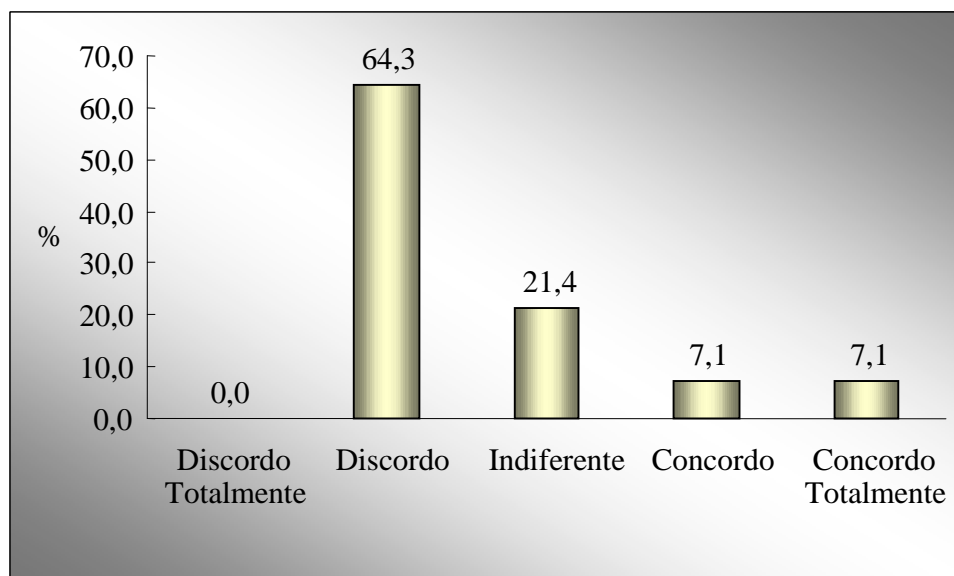
Esses dados nos mostram o contato que os alunos do curso de aprimoramento em odontologia hospitalar do HCFMUSP tiveram com conteúdos relativos a pacientes com necessidades especiais durante a graduação.

Stiefel (1979) avaliou em um estudo longitudinal 503 alunos de graduação em odontologia, por quatro anos. A análise envolvia o programa da escola em questão ao tratamento do paciente especial e a confiança a respeito desse tratamento pelos alunos. Os resultados mostraram que, em seis diferentes classes, a maioria dos estudantes revelou-se disposta a tratar pacientes com comprometimentos diversos, apoiando a premissa de que graduandos em odontologia que receberam instruções para condutas de tratamento em pacientes especiais se sentirão mais seguros e, por essa razão, estarão mais aptos para tratar desses pacientes.

Dos 16 participantes da pesquisa, 14 assinalaram as afirmações que tratam do conteúdo relativo a pacientes com necessidades especiais.

Na figura 7, temos a representação do grau de concordância da seguinte afirmação:

- 1) A graduação me capacitou para o atendimento a pacientes com necessidades especiais



**Figura 7: Porcentagens do grau de concordância em relação à afirmação: A graduação me capacitou para o atendimento a pacientes com necessidades especiais.**

Um programa de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais pode ser dirigido aos alunos de graduação, uma vez que o currículo atenda as necessidades básicas de um curso voltado aos pacientes com necessidades especiais em todas as suas classificações.

Um alerta se faz oportuno para a diversidade entre escolas de Odontologia nas apresentações das aulas teóricas ou clínicas, de maneira que a variabilidade dos conceitos pode ter influência na percepção dos alunos perante estes pacientes (KIMMELMAN, 1989; REED, 1989).

Mesmo sabendo que 81,2% dos aprimorandos tiveram durante a graduação algum contato com pacientes especiais, observamos que 64,3% discordam da afirmação de que a graduação capacitou-os para o atendimento a pacientes e apenas 14,2% concordaram ou concordaram totalmente com essa afirmação.

*...me sinto capacitado apenas para atender pacientes sindrômicos. R2*

*...estou despreparada para o atendimento a pacientes especiais. R1*

*...não estou capacitado para tratá-los. R6*

*Tive pouco contato com estes pacientes...portanto discordo que a graduação me capacitou. R11*

*...é necessário um maior conhecimento do que me foi dado... R8*

*....tive alguns conhecimentos...não se aplicando muito ao atendimento prático. R10*

*...não me capacitou para atendê-los com segurança. R5*

*...não acredito...não pude colocar em prática e tive pouca teoria... R7*

*Me preparou para atender alguns casos de diabetes, hipertensos e irradiados. R14*

*...tive oportunidade em núcleo de estudos e atendimento a pacientes especiais. R15*

Um único aprimorando afirma ter cursado na graduação a disciplina “Odontologia para pacientes com necessidades especiais” independentemente de outros cursos com os seguintes depoimentos.

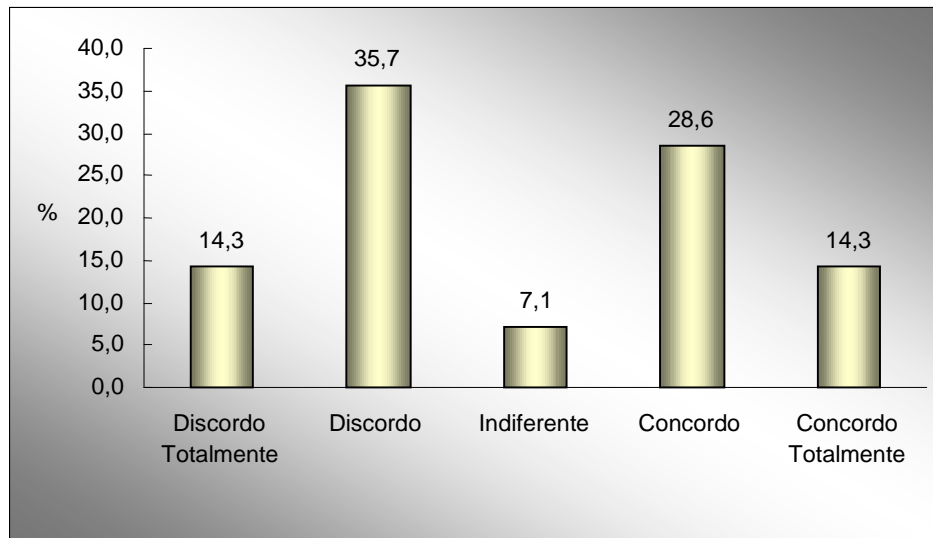
*Todos os conteúdos do programa foram abordados, considero a carga horária suficiente, e a relação teoria e prática foi adequada, no entanto deram prioridades a pacientes síndrômicos. R2*

*Sinto me segura para atender pacientes especiais, especificamente síndrômicos. Mas depende da síndrome, pois nem todas foram abordadas. R2*

Embora tenham ocorrido movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas da Saúde, principalmente na Medicina e na Enfermagem, em relação à Odontologia, existe um atraso histórico desses movimentos de mudança, exigindo daqui para frente um esforço redobrado para que possamos integrar a saúde bucal dentro do novo contexto de ação interdisciplinar, formando um profissional com perfil adequado.

Cada vez mais, observamos a figura do cirurgião-dentista em equipes multidisciplinares, no entanto, durante a graduação há pouco envolvimento do aluno com outros profissionais e, quando tratamos de odontologia para pacientes com necessidades especiais se faz imperioso o contato multiprofissional.

Observamos no gráfico 8, que 50% dos aprimorandos discordam ou discordam totalmente da afirmação 2 de que a graduação os preparou para atuar em conjunto com outros profissionais e 42,9% concordam ou concordam totalmente com essa afirmação.



**Gráfico 8: Porcentagens do grau de concordância em relação à afirmação: A graduação me preparou para atuar em conjunto com outros profissionais.**

Nesse sentido, apreendem-se alguns depoimentos dos aprimorandos referentes à afirmativa: “A graduação me preparou para atuar com outros profissionais”:

*...não é realidade da faculdade já que não há interação entre alunos e profissionais de outras áreas. R14*

*...não era feito este tipo de interação. R7*

*...não nos permitem acesso a outros profissionais. R2*

*Apenas tive contato com outros profissionais na disciplina de DTM e Dor orofacial. R6*

*...2 a 3 vezes durante o curso de graduação tive contato com profissionais de outras áreas. R1*

*A graduação fornece informações para a prática multidisciplinar. R15*

*Em minha universidade não tivemos contato com outros profissionais. R11*

*Somos instruídos para trabalhar em uma equipe multidisciplinar. R9*

Apesar de não ter sido objeto de pesquisa um aprofundamento das concepções da formação profissional para uma prática generalista da odontologia, a análise do material qualitativo permitiu a identificação de unidades dos depoimentos:

*...aprendi na prática e teoria como diagnosticar e conduzir  
o tratamento de indivíduos hígidos...R1*

*...ótimo embasamento teórico...não nos foi dado a oportunidade de atender  
pacientes com necessidades especiaisR3*

*...explorou bem a prática generalista...R7*

*Para uma prática bem generalista da clínica odontológica foi suficiente...R8*

*...não nos dá segurança suficiente, mas ao atender a prática vai melhorando. R11*

*Formação foi muito boa quanto a patologias e o tratamento das mesmas na cavidade  
oral, não atentando para a área sistêmica do paciente. R1*

De acordo com BEDI, CHAN E O'DONNELL(1986), os currículos de graduação odontológicos, em geral, contêm pouco acerca dos problemas e tratamentos de pacientes



portadores de necessidades especiais. O treino pode guiar um aumento espontâneo no tratamento desses pacientes nas práticas odontológicas futuras.

Para que possamos colocar em prática a “OBRIGATORIEDADE e ACESSIBILIDADE” do atendimento odontológico aos pacientes com necessidades especiais, é indispensável a capacitação dos cirurgiões-dentistas que irão prover atendimento a essa parcela da população. Esse atendimento é extremamente exigente e requer não só o conhecimento e o domínio de procedimentos e técnicas, mas também uma abordagem psicossocial e orgânica do paciente. Todavia a intenção demonstrada pelos pacientes com necessidades especiais e/ou familiares na procura e obtenção de cuidados odontológicos esbarra num componente crítico: o despreparo dos profissionais que não foram capacitados para prestar esse atendimento (BEDI et al. 1986; MARINELLI et al. 1997; SOTO ROJAS & CUSHING, 1992).

O Código de Ética Odontológica (CFO, 2006) declara no capítulo I art. 2º “ A odontologia é uma profissão que exerce, em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto”. E ainda no Capítulo II dos direitos fundamentais art.º 3 inciso I – “diagnosticar, planejar e executar tratamentos, com liberdade de convicção, nos limites de suas atribuições, observados o estado atual da ciência e sua dignidade profissional”.

O levantamento do MEC-MS (2003), durante a reunião da Comissão Intergestores Tripartite pela Política da Educação e Desenvolvimento para o SUS, mostra que: “*A formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas*”.

Complementando a idéia dos autores acima sobre “A formação de odontólogos para atuar com pacientes com necessidades especiais”, selecionamos os seguintes depoimentos:

*...pouco satisfatória. Uma prova desta realidade...falta de atendimento externo por despreparo dos dentistas que reconhecem e declaram sua falta de formação aos mesmos. R1*

*...não oferecem nenhum ou pouco enfoque nesta área da odontologia. R2*

*Deficiente... R4 e R6*

*...em geral o ensino é baseado na fisiologia normal do organismo. R5*

*...não são formados para atuar com pacientes com necessidades especiais... R8*

*Profissionais saem muito despreparados para atender estes pacientes. R14*

A Associação Brasileira de Professores de Odontologia para Pacientes Especiais (ABOPE, 2005) publicou que paciente especial é todo indivíduo que necessita de uma forma diferente de atendimento odontológico que não a convencional. Desse grupo fazem parte os pacientes com deficiências físicas e mentais, doenças sistêmicas, gestantes, transplantados, oncológicos e todos aqueles que, de uma forma ou outra, necessitem de atendimento especializado.

A International Association for Disability and Oral Health (IADH, 2001) classifica os pacientes portadores de necessidades especiais em: desvios da inteligência, defeitos físicos, defeitos congênitos, desvios de comportamento, doenças sistêmicas, distúrbios endócrino-metabólicos, desvios sociais, estados fisiológicos especiais. A entidade apresenta em sua classificação, além dos portadores de deficiência, pessoas com restrições de capacidades advindas da idade ou de agravos adquiridos, os quais limitam sua função intelectual, física ou social.

O entendimento sobre Pacientes com Necessidades Especiais ainda é restrito, pois a grande maioria acredita que Pacientes Especiais são os que apresentam deficit cognitivo e alteração física, deixando excluídos os demais pacientes que consideramos como pacientes que necessitam de cuidados especiais.

Observamos que, ao comentarem sobre Pacientes com Necessidades Especiais, os depoimentos são uniformes no que tange ao entendimento de Pacientes Especiais. Talvez essa equalização esteja relacionada ao vínculo já estabelecido dos aprimorandos com o Curso de Odontologia Hospitalar:

*Pessoas acometidas de alguma deficiência ou doença que demandem cuidados/abordagem específica. R6*

*.... necessitam de uma atenção especial ou tratamento diferenciado... R5*

*...que necessitam de cuidados especiais para realizar o tratamento odontológico... R2*

*...com necessidade de um atendimento odontológico diferenciado com profissionais capacitados e bem orientados. R3*

*...necessitam de cuidados especiais... e necessitam de um acompanhamento multidisciplinar... R7*

*.... Indivíduos que apresentam determinados desvios no padrão de normalidade e que por esta razão necessitam de cuidados, atenção e abordagem diferenciada. R15*

Historicamente, odontologia para pacientes com necessidades especiais vem sendo desenvolvida por odontopediatras durante sua especialização por ter oportunidade de tratar crianças em desenvolvimento e outras incapacidades, similar aos cirurgiões, com parte de seu treinamento em hospital que está próximo a pacientes com diversas condições clínicas.

Lee & Sonis (1983) relatam que muitos dentistas relutam em atender pacientes especiais por falta de treinamento, preparação, experiência, entendimento, medo e uma inabilidade de estabelecer vínculo.

Fenton (1993) afirma que somente se as faculdades de odontologia aceitarem a responsabilidade do treinamento integral aos alunos no tratamento de pacientes especiais estarão estes, no futuro, assistidos. A menos que tenha uma mudança dramática na educação odontológica, milhares de cidadãos terão o acesso a serviços de cuidado com a saúde oral negado, e essa modificação traria um significativo impacto na qualidade de vida dessas pessoas.

Figueiredo (1998) argumenta que muitas escolas de odontologia não estão preparadas para prover aos estudantes informações técnicas relevantes nos cuidados ao atendimento a pacientes com necessidades especiais. É sabido, no entanto, que para atender esse paciente, o cirurgião-dentista necessita de um treino especial para que possa ser incentivado nessa atuação.

A necessidade de transformar o modelo de atenção à saúde, ampliando a promoção e a prevenção, oferecendo atenção integral e a autonomia dos sujeitos na produção da saúde, é o grande desafio, em sair de um modelo de ensino centrado no diagnóstico, tratamento e recupe-

ração de doenças, para outro, centrado na promoção de saúde, prevenção e cura de pessoas, independente da situação clínica que se encontra.

Para os participantes da pesquisa o “Ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais” deve:

*...haver uma disciplina específica com base neste conhecimento deve ter oportunidade de atender pacientes com necessidades especiais em ambiente universitário. R1*

*...ser oferecido de forma prática... com embasamento teórico. R3*

*...fazer parte da grade curricular da graduação. R4*

*... haver uma matéria curricular independente de outras disciplinas. R7*

*...desenvolver e capacitar a compreensão do atendimento odontológico. R12*

*...abranger tratamentos especiais e cuidados necessários. R13*

*...ser realizado de forma a abranger todo conhecimento técnico, científico e humano de forma a capacitar o acadêmico ao atendimento dessa população com atividades clínica-teórica.*

*R15*

O despertar do aprendizado, da capacitação e do interesse dos graduandos de Odontologia para esta parcela da população tão necessitada e carente de assistência médica e odontológica, está na dependência direta da conscientização, primeiramente de nós docentes ou futuros docentes, no âmbito da formação profissional possibilitando ao egresso as mudanças de paradigmas no que se refere ao atendimento odontológico a indivíduos com necessidades especiais.

### **5.3 A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NECESSÁRIA AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA INDIVÍDUOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia (2002) definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de Cirurgiões-Dentistas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Odontologia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

O Curso de Graduação em Odontologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Cirurgião Dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade.

Segundo Witt (2005), valores profissionais são processos socioculturais e históricos que englobam a ética como norteadora da ação profissional, o comprometimento e o compromisso com a saúde individual e coletiva e a responsabilização pela atenção à saúde dos indivíduos.

O comportamento dos profissionais de saúde baseia-se também em valores individuais e coletivos construídos ao longo de suas vidas e também nos valores definidos e regidos pelos códigos de ética profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Odontologia (2002) dos cursos de graduação na área da saúde recomendam que a atuação profissional envolva compromisso social, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, gerenciamento e comunicação (ALMEIDA, 2003).

Portanto, é, na compreensão do conceito de saúde, na possibilidade de se formar um profissional capaz de fazer uma contribuição permanente para a produção da saúde da sociedade em que vive que as Diretrizes se amplificam.

Buscando levar a uma reflexão, segundo a ótica dos egressos cirurgiões-dentistas envolvidos na pesquisa pergunta-se “Qual a qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais?”:

*...habilidade profissional é naturalmente alcançada por aqueles que exercem a profissão dedicadamente. Esta está vinculada à competência... junção do embasamento científico e atividade clínica... R1*

*.... conhecimento e experiência clínica na abordagem. R6*

*...conhecimento sobre saúde e patologias gerais... de forma integrada e multidisciplinar e ter experiência prática com esses pacientes. R8*

*...conhecer... saber.... saber proceder...ter relacionamentos multidisciplinar... R9*

*Conhecimento técnico científico e humano para o atendimento adequado. R15*

*.... muito conhecimento....muita paciência, força de vontade e nenhuma preguiça. R16*

*O conhecimento mais abrangente. R12*

Como se vê, uma leitura crítica das Diretrizes Curriculares Nacionais nos leva à reflexão de que profundas mudanças são necessárias nos cursos de graduação em Odontologia para formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e do SUS.

Para que esse processo avance, é essencial que ocorra efetiva articulação entre as políticas de Educação e Saúde. A inadequação da formação dos profissionais de Saúde tem levado à necessidade de requalificação profissional que pode ser constatada pelos recursos gastos pelo Ministério da Saúde em “capacitações”. A implantação das Diretrizes Curriculares assume, portanto, grande importância no aperfeiçoamento do SUS e, conseqüentemente, no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais.

*A persistência é o caminho do êxito.  
(Charles Chaplin)*

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Pelos resultados obtidos, podemos aqui tecer alguns comentários sobre as revelações oriundas da análise realizada. A aplicação da metodologia qualiquantitativa, associada à revisão de literatura e análise de documentos no presente estudo, permitiu identificar e apreender o significado atribuído ao ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais durante a graduação segundo a ótica de cirurgiões-dentistas egressos.

Ao se discutir a formação dos cirurgiões-dentistas e as novas diretrizes curriculares, é importante identificar e compreender as questões que estão em jogo, ou seja, compreender qual a natureza das mudanças propostas, sua base conceitual e suas conseqüências para os que estão à frente das instituições universitárias. Essas prioridades estão ligadas à ineficiência do modelo formador vigente, como indica o direcionamento do resultado e da discussão da pesquisa.

Considerando a velocidade de conhecimentos novos e as mudanças em relação às necessidades de saúde da população, é indispensável que os cirurgiões-dentistas busquem continuamente desenvolver e aprimorar suas competências necessárias para o atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais.

Essa competência será alcançada a partir do momento em que nos conscientizarmos sobre a importância e a necessidade da mudança de nossos conceitos em relação à formação acadêmica dos cirurgiões-dentistas, promovendo uma aproximação entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, com a participação da comunidade.

A adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem apoiadas em vivências práticas dos estudantes de odontologia na realidade concreta dos serviços de saúde, em contato com as necessidades médicas e odontológicas da população e de modo articulado com a produção de conhecimento, gera uma formação menos fragmentada proporcionando uma visão holística na abordagem clínica ao paciente e uma relação estreita com outros profissionais da saúde.

Entendemos que existe a especialidade “Odontologia para pacientes com necessidades especiais” e que temos nela profissionais qualificados para dar assistência odontológica a essa parcela específica da população.

No entanto, a discussão está na formação acadêmica de cirurgiões-dentistas, que saem com uma formação para a prática clínica generalista em pacientes que não apresentam doenças de base. Entretanto, evidencia-se que essa formação não tem incluído o preparo para o trabalho em equipe, além de se distanciar da realidade social na perspectiva para prestar atenção humana e de qualidade e atender às necessidades atuais de saúde.



As Diretrizes Curriculares Nacionais valorizam, além da excelência técnica, a relevância social das ações de saúde e do próprio ensino. Sem dúvida, isso implica a formação de profissionais capazes de prestar atenção integral mais humanizada, trabalharem em equipe multi e transdisciplinar e compreender melhor a realidade vivida pela população.

Em tempos de inclusão social, é essencial e imprescindível a mudança de nossos paradigmas no que se refere aos indivíduos com necessidades especiais. É necessário também desmistificar e diminuir nossos preconceitos referentes ao atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, para que possamos permitir o acesso igualitário a todos, diminuindo assim a superlotação dos serviços de atendimentos especializados que não conseguem dar suporte à demanda.

Acreditamos que parte desses preconceitos está fortemente representada pela falta de conhecimento, o que interfere na qualificação profissional para o atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, que visa, não só a restauração dos dentes do paciente como também a sua reintegração à vida social.

Quando pensamos nas questões e objetivos que nortearam essa pesquisa entendemos que o primeiro contato com o ensino da odontologia para indivíduos com necessidade especiais deve ocorrer durante a graduação permitindo construir um perfil para o exercício da odontologia, dentro das qualificações “competências e habilidades” gerais orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de maneira que atenda as necessidades atuais do SUS.

Embora tenham ocorrido movimentos significativos para uma reflexão crítica sobre os modelos tradicionais de formação profissional em várias áreas da saúde, ainda observamos algumas resistências quanto à inserção do aprendizado durante a graduação ao ensino da odontologia para pacientes com necessidades especiais.

Essa formação acadêmica é extremamente exigente e requer não só o conhecimento de procedimentos e técnicas, mas também uma abordagem psicossocial e clínica do paciente. Além do despertar para o compromisso ético e social, atendimento a pacientes com necessidades especiais, deverá ser obrigatoriamente incluído carinho, amor, compaixão, paciência, solidariedade e respeito.

Entendemos ser de extrema importância que o graduando tenha um primeiro contato teórico e prático com os pacientes que necessitam de cuidados odontológicos especiais, ainda na graduação. Deve ser uma disciplina independente das demais disciplinas acadêmicas, com

conteúdos não fragmentados, mais humanizados, com uma sólida formação ética e um elevado compromisso social.

Será através da conquista de conhecimentos e vivências clínicas que diminuiremos a distância que os cirurgiões-dentistas encontram quando o assunto é a sua inserção no contexto de saúde.

Melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes é papel de todos os profissionais da área da saúde, afinal todos os nossos pacientes são pacientes mais que especiais.

Assim, entendemos, que a qualificação poderá ser alcançada pela somatória de conhecimentos e que não falta somente uma melhor qualificação do cirurgião-dentista para atender pacientes com necessidades especiais, e sim uma qualificação menos fragmentada e especializada, que atenda as necessidades atuais de saúde da população, ou seja, é importante saber atender, saber como conduzir um tratamento odontológico independente da condição clínica do paciente, e em qual contexto social ele está inserido. E não há dúvidas que é na graduação o estágio inicial de uma série de mudanças que devem ocorrer nos cursos de odontologia, saindo do modelo de ensino centrado no diagnóstico, tratamento e recuperação de doenças para outro centrado na promoção de saúde, prevenção e cura de pessoas independentemente das suas limitações clínicas, físicas e ou mentais.

---

## **7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

ALBUM, M.M. The philosophy of dental care the handicapped: past, present, and future. **Spec Care Dentist**, v.10, p.129-132, 1990.

ALMEIDA, M. Organizador. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida, 2003.

ALVES, Vânia S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.

ABOPE. Associação Brasileira de Professores de Odontologia em Pacientes Especiais. Disponível em: URL: <http://www.abope.com.br> Acesso em outubro de 2005.

BASTOS, J.R.M., Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP entre os anos de 1996 e 2000. **Journal of Applied Oral Science**, v. 11, p. 283-9, 2003.

BEDI, R.; CHAN, S.C.; O'DONNELL, D. Evolution of attitudes of Chinese dental students toward dental care for patients with handicapping conditions. **Spec Care Dentist**, v.6, p.29-32, 1986.

BURTNER, A.P.; DICKS, J.L.; Providing oral health care to individuals with severe disabilities residing in the community: alternative care delivery systems. **Spec Care Dentist**, v.14, p.188-193, 1994.

BRASIL. LDB. Lei n 9394, de 20.12.96 – **Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, in Diário Oficial da União, Ano CXXXIV, n. 248, de 23/12/96, p. 27.833-27.8d I, 1996.

BRASIL. SENADO FEDERAL. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Plano Nacional de Educação**. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, p. 1-4, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CNE. **Resolução CNE/CES 3/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de março de 2002. Seção 1, p.10. Disponível em: [www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm](http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm). Acesso em março de 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC DO SUS: doutrinas e princípios**. Brasília ; 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Brasil Sorridente**. 2004. Disponível em: [URL:http://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em maio de 2006.

BROWN, L.J., MESKIN, L.H. The economics of dental education. **Chicago: American Dental Association - Health Policy Resources Center**, 2003.

CAHALI, Y. S. Constituição Federal, Código de Processo Civil. **Revista dos Tribunais**, 6ªed, São Paulo, 2004.

CAMPBELL, J.T.; MCCASLIN, F.C. Evolution of dental training program for care of the handicapped. **Spec Care Dentist**, v.3, p.100-107, 1983.

CASAMASSIMO, P.S.; HENSON, J.; POSINICK, W.; TESINI, D. Curriculum guidelines for dentistry for the person with a handicap. **J Dent Educ**, v.49, p.118-122, 1985.

CHISNALL, P. Marketing Research: Analysis and Measurement. **McGraw-Hill**, 1973.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológico**.1998. Disponível em [www.cfo.org.br](http://www.cfo.org.br). Acesso em 06 de setembro de 2006.

COSTA AMDD. **Do ensino à prática odontológica: mito e realidade na grande São Paulo** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1988.

COSTA AMDD, COSTA JRV, COSTA MD, COSTA RD, BOTREL TEA. Contribuição do perfil do aluno de graduação em odontologia para a redefinição dos recursos usados pelo professor no processo ensino – aprendizagem. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, Lins, v.14, n. 1, p.30-34, 2002.

COSTA AMDD, STEGUN RC, TODESCAN R. Do Ensino à prática Odontológica: Um levantamento da realidade na grande São Paulo. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 909-13. 1992.

CRISTINO PS. Clínicas Integradas antecipadas: limites e possibilidades. **Revista da Abeno**, Brasília, v. 5, n. 1, 2005.

DONOFF RB. The Gies report and research. **Journal of American College of Dentistry**, v. 69, n.2, 2002.

DOUGHERTY, N.; ROMER, M.; BIRENBAUN, A. Protecting dental services for people with developmental disabilities. **NY State Dent J**, v.63, p.12-14, 1997.

DOUGHERTY M. A biochemist who led dental education. **In Vivo – Columbia University Health Sciences**. V.2, n.6, 2003.

FEUERWERKER LCM. Educação dos profissionais da saúde de hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno, Brasília**, v.3, n.1, p. 24-27, 2003.

FEUERWEKER L.C.M. Mudanças na educação e residência médica no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.2, n.3, p. 51-71, 1998.

FERGUSON, F.S.; BERENTSEN, B.J.; RICHARDSON, P.S. Dentists' willingness to provide care for patients with developmental disabilities. **Spec Care Dentist**, v.11, p.234-237, 1991.

FENTON, S.J. Universal access: Are We ready? **Spec Care Dentist**, v.13, p.94, 1993.

FIGUEIREDO, J.R. Odontologia em paralisia cerebral. In: SOUZA, A.M.C.; FERRARETO, I. **Paralisia Cerebral – Aspectos Práticos**. São Paulo: Menon, p.148-168, 1998.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano editora, 2003.

FREITAS SFT, PADILHA WWN, RIBEIRO JF. Educação e saúde: uma experiência em clínica integrada. **Revista de Odontologia da USP**, v.6, n.3/4, p.147-150, 1999.

FAUSTINO, R.L.H., MORAES M.J.B., OLIVEIRA M.A.C, EGRY E.Y. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura? **Rev Bras Enferm**, v. 4, n. 56, p. 343-347, 2003.

GIANGREGO, E. Education for special care. **Spec Care Dentist**, v.03, p.129, 1983.

GIL, M. Prefácio. In: CAMARGO S. **Manual de ajuda para pais de crianças com paralisia cerebral**. São Paulo: Pensamento, 2002.

GLASSMAN, P.; MILLER, C.E. Improving oral health for people with special needs through community-based dental care delivery systems. **J Calif Dent Assoc**, v.26, p.404-406, 1998.

HAAVIO M.L. Oral health care of the mentally retarded and other persons with disabilities in the Nordic countries: Present situation and plans for the future. **Spec Care Dentist**, v.15, p.65-68, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/default.sthm> Acesso em 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/default.sthm> Acesso em 20/08/2006.

IADH. International Association For Disability And Oral Health. 2001. Disponível em: URL: <http://www.iadh.org>. Acesso em julho de 2007.

JOLLY, D.E.; MARTIN, M.D.; BRODY, H.A.; GLASSMAN, P.D. Curriculum guidelines for the training of general practice residents in treating the patient with special needs. **Spec Care Dentist**, v.7,p.150-153, 1987.

KIMMELMAN, B.B. The need for and utility of dental services among people with severe disabilities. **Spec Care Dentist**, v.9, p.10-11, 1989.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisas: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 2002.

MACEDO, M. O profissional do futuro não será especialista, mas o generalista. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 58, n.3, p.211, 2001.

MARCOS, B. A clínica integrada nos cursos de odontologia como sistema de atenção. Considerações. **Arq. Centro Estud. Curso Odontol.**, v.28, n.1/2, p.9-15, 1991.

MASETTO M. **Aulas Vivas**. 2 ed. São Paulo: MG Editores Associados, 1996.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. V. **Técnicas de pesquisa**. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARINELLI, R.D.; FERGUSON, F.S.; BERENTSEN, B.J.; RICHARDSON, P.S. An undergraduate dental education program that provide dental care for developmentally disabled individual. **J Dent Edu**, v.51, p.43, 1987.

MARINELLI, R.D.; FERGUSON, F.S.; BERENTSEN, B.J.; RICHARDSON, P.S. Follow-up report on a dental education program that provide dental care for disabled children. **J Dent Edu**, v.53, p.43-74, 1989.

MARINELLI, R.D.; FERGUSON, F.S.; BERENTSEN, B.J.; RICHARDSON, P.S. An undergraduate dental education program providing care for children with disabilities. **Spec Care Dentist**, v. 11, p.110-3, 1997.

MICHAELIS. **Dicionário escolar da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª edição. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

MOYSÉS SJ. **A Humanização da educação em Odontologia**. Pro-Posições, Unicamp Campinas, v. 14, n. 1, p. 87-106, 2003.

MOYSÉS SJ, SHEIHAM A. Saúde Bucal Coletiva: personagens, autores ou Pirandello de novo?; in: Kriger, L. **Coordenação. ABOPREV/Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, p. 387-42, 2003.

PAIM, J. S. **Medicina familiar no Brasil: movimentos ideológicos e ação política**. São Paulo: Abrasco, 1994.

PERRI DE CARVALHO, A.C. **A Odontologia em tempos de LDB**. Canoas: ULBRA, p. 95, 2005.

RATTNER, H. Sobre exclusão e política de inclusão. **Rev. Espe. Acad.** Disponível em: <http://www.espacoacademico.com.br>. Acesso em nov. 2002.

NOWAK, A.J. **Odontologia para el Paciente Impedido**. Buenos Aires: Mundi; 1979.

O'DONNELL, J.P. Dental care for special needs individuald: A new barrier to access. **Spec Care Dentist**, v.14, p.178-179, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. 1986. In: BUSS, Paulo (org). **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **As transformações da profissão médica e sua influência sobre a educação médica**. Washington D.C.,OPAS/OMS, 2006.

REED, M.J. Special patient care in the undergraduate curriculum. **Spec Care Dentist**, v.9, p.113-115, 1989.

ROSENBAUM, C.H. Treatment of disabled patients in private practice. **Dent Clin North Am**, v.28, p.95-106, 1984.

ROSEMBERG, D.J.,CRETINS, M. H., MARCUS M. Estimating treatment and treatment times for special and nonspecial patient in hospital ambulatory denal clinics. **J Dent Educ**, v. 50, p. 665 – 72, 1986.

ROVIN, S., MAGRAW, R. M. Dental education and public policy: a research agenda. **Journal of Dental Education**, v. 43, n. 2, 1975.

RUSSELL, G.M., KINIRONS, M.J., The attitudes and experience of community dental officers in Northern Ireland in treating disabled people. **Community Dent Health**, v. 10, p. 327-333, 1993.

SALLES CUNHA E. “A profissão do dentista no séc. XVIII” in **História da Odontologia no Brasil**, Rio de Janeiro, Impresso em: Fernades & Roche, p. 27, 1931.

SCHWARTZMAN S. A qualidade no espaço universitário: conceitos, modelos e situação atual. Trabalho apresentado para o **I Congresso Internacional “Qualidade e Excelência na Educação”** – Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em [www.schwartzman.org.br/simon/gamaf.htm](http://www.schwartzman.org.br/simon/gamaf.htm). Acesso em 14/12/2006.

SHENKIN, J.D., DAVIS, M.J., CORBIN S.B., The oral health of special needs children: Dentistry's challenge to provide care. **J Dent Child**, v. 68, p. 201-5, 2001.

SIEGAL, M.D. Dentists' reported willingness to treat disabled patients. **Spec Care Dentist**, v.5, p.102, 1985.



SIMONETTI, E. L. A crise no atendimento odontológico. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 2, n.3, p. 34-9, 1980.

SOTO ROJAS A.E., CUSHING A. Assessment of the need for education and/or training in the dental care of people with handicaps. **Community Dent Health**, v. 9, p. 165 –70, 1992.

STIEFEL, D.J. Inclusion of a program of instruction in care of the disabled in dental school curriculum. **J Dent Educ**, v.43, p. 262-70, 1979.

UDIN, R.D, KUSTER, C.G. The effect of clinical experience on the attitudes and confidence of senior dental students toward treating children with handicapping conditions. **Spec Care Dentist**, v.6, p. 70-3, 1986.

UNESCO. **Declaração de Salamanca e Linha de ação sobre Necessidades Educativas Especiais**. Brasília: CORDE, 1994.

UNICEF. **Situação mundial da Infância: infância ameaçada**. Brasília, 2005.

WHO – World Health Organization. Medical education in the United States and Canada by Abraham Flexner. **Bulletin of the World Health Organization**, v.80, n. 7. 2002.

WITT, R.R. **Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública** [ Tese]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

WOTMAN S, LALUMANDIER J, CANION S, ZAKARIASEN K. Reexamining educational philosophy: the issue of professional responsibility, “Cleveland First”. **Journal of Dental Education**, v.67, n.4, 2003.

---



**ANEXO A**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL NECESSÁRIA AO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO PARA INDIVÍDUOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS**

**QUESTIONÁRIO AOS APRIMORANDOS  
DO CURSO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR DO HCFMUSP**

**Apresentação**

O objetivo desta pesquisa de Mestrado é levantar dados sobre Ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Após os dados de identificação você encontrará uma série de afirmações referentes a aspectos importantes da disciplina em questão.

Peço-lhe a gentileza de responder às questões de acordo com seu pensamento e julgamento.

**1. Dados de identificação:**

Instituição de origem: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Ano em que se formou: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino

Titulação:

☐ Atualização/Capacitação/Aprimoramento

Qual? \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

☐ Especialização

Qual? \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

☐ Mestrado

Qual? \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

☐ Doutorado

Qual? \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

☐ Outros

Qual? \_\_\_\_\_ Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

## 2. Dados sobre o ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais:

2.1 Assinale a alternativa que se aplica ao curso em que estava vinculado(a).

O Ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais faz parte do curso de graduação de sua faculdade como:

☐ Disciplina independente das demais disciplinas (A)

☐ Ensino associado a outra disciplina dentro do curso de graduação (B)

A(s) qual (ais) disciplina(s) está associada? \_\_\_\_\_

☐ Ensino extra-curricular não obrigatória (C)

☐ O Ensino da Odontologia para pacientes com necessidades especiais NÃO ocorreu no meu curso de graduação (D)

2.2 O que é para você “Pacientes ou Indivíduos com Necessidades Especiais”?

---



---



---



---

2.3 Como deve ser o “Ensino da Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais”?

---



---



---



---

2.4 Discorra sobre sua formação profissional para o exercício de uma prática generalista da clínica odontológica?

---

---

---

---

---

2.5 No seu entendimento como tem sido a formação de odontólogos para atuar com pacientes com necessidades especiais?

---

---

---

---

---

**3. Se você teve durante a graduação algum contato com o assunto “Odontologia para pacientes com necessidades especiais”, leia cuidadosamente cada afirmação antes de responder e indique seu grau de concordância em relação a cada uma delas e justifique.**

3.1 A graduação me capacitou para o atendimento a pacientes com necessidades especiais.

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Indiferente ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Justifique:

---

---

---

---

3.2 A graduação me preparou para atuar em conjunto com outros profissionais (como médico, enfermeiro, psicólogo e entre outros).

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Indiferente ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Justifique:

---

---

---

---

**Assinale, caso você teve a Disciplina “Odontologia para pacientes com necessidades especiais” independentemente de outras disciplinas em sua graduação.**

3.3 Todos os conteúdos do programa foram abordados

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Indiferente ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Cite resumidamente que assuntos foram abordados no programa:

---

---

---

---

---

3.4 Considero a carga horária suficiente

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Indiferente ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Qual foi a carga horária usada para abordar o assunto durante a graduação?

---

---

---

3.5 A relação teoria e prática foi adequada

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Indiferente ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Justifique:

---

---

---

---

3.6 Você se sente seguro para atender a pacientes com necessidades especiais em seu consultório

☐ Concordo totalmente ☐ Concordo ☐ Indiferente ☐ Discordo ☐ Discordo totalmente

Justifique:

---

---

---

---

**4. O que você considera quanto a “Qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais”?**

---

---

---

---

---

---

**5. Outros comentários:**

---

---

---

---

---

**ANEXO B**

Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 28 de setembro de 2007  
CEP 1443/07

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) VANESSA FERREIRA CAMPOS

Co-Investigadores: Otilia M L Barbosa Saiffert

Disciplina/Departamento: CEDESS - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL**

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“As habilidades e competências necessárias ao atendimento odontológico para pacientes com necessidades especiais”**.

**CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO:** Estudo que inclui revisão bibliográfica, análise documental e levantamento de dados empíricos.

**RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE:** sem risco, nenhum procedimento invasivo.

**OBJETIVOS:** Analisar as habilidades e competências necessárias para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais a partir da ótica de cirurgiões dentistas egressos de diferentes cursos de odontologia.

**RESUMO:** Os participantes da pesquisa serão alunos do Curso de Aprimoramento em Odontologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da USP, que trazem diferentes experiências quanto a sua formação no tocante ao ensino de odontologia para pacientes com necessidades especiais durante o período de graduação. Pretende-se formar uma amostra de 30 alunos. Será realizado uma revisão de literatura sistemática sobre a temática em foco e análise documental. Os dados serão obtidos por meio de questionário com assertivas relacionadas com a temática pesquisada e análise do grau de concordância e/ou discordância que serão quantificados, tabulados e dispostos em gráficos..

**FUNDAMENTOS E RACIONAL:** busca-se identificar quais as habilidades e competências necessárias para a formação do cirurgião dentista no atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais no âmbito das políticas da educação e saúde..

**MATERIAL E MÉTODO:** descrito e apresentado o instrumento que será utilizado na pesquisa.

**TCLE:** apresentado adequadamente.

**DETALHAMENTO FINANCEIRO:** sem financiamento específico.

**CRONOGRAMA:** 03 meses.

**OBJETIVO ACADÊMICO:** Mestrado.

**ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA:** 27/9/2008 e 27/9/2009.





Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

CEP 1443/07



**ANEXO C****APROVAÇÃO**

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 30/01/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0010/08**, intitulado: **"AS HABILIDADES E COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS"** apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

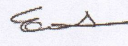
Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Eliane de Fatima Gomes Barbosa Prado**

Pesquisador (a) Executante: **Vanessa Ferreira Campos**

Recebido: 15/02/08, às 16 h  
Departamento de Psiquiatria da FMUSP

CAPPesq, 12 de Fevereiro de 2008

  
Prof. Dr. Eduardo Massad  
**Presidente da Comissão de  
Ética para Análise de  
Projetos de Pesquisa**

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 255, 5º andar - CEP 05403  
010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail: cappesq@hcnet.usp.br /  
secretariacappesq2@hcnet.usp.br

## ANEXO D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente projeto intitula-se **A qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais.**

As presentes informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesse estudo, que tem como objetivo, analisar quais habilidades e competências são necessárias para o atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, por meio da aplicação de um questionário com os aprimorandos do Curso de Odontologia Hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, além da revisão bibliográfica e análise de documentos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Vanessa Ferreira Campos que pode ser encontrada no endereço: Rua Borges Lagoa, 1341 – CEDESS/UNIFESP Vila Clementino, São Paulo.

Telefones: 11-55797335/31205290/97149038

E-mail: [odontovan@hotmail.com](mailto:odontovan@hotmail.com)

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 512 - 1º andar – cj. 14, telefone: 11 – 55711062, Fax: 11 – 55397162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de sua permanência na instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum aluno. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relativa à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **A qualificação profissional necessária ao atendimento odontológico para indivíduos com necessidades especiais.**

Eu discuti com a Dra. Vanessa Ferreira Campos sobre a minha decisão em participar desse estudo e ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante:\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a sua participação neste estudo.

Assinatura da pesquisadora principal:\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_